

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO
CLÍNICA EM ENFERMAGEM: IMPACTO NA ORGANIZAÇÃO**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora: Cristina Barroso Pinto

Coorientação:

Professora Mestre: Fátima Segadães

Erica Sofia Pereira Monteiro

Porto | 2014

DEDICATÓRIA

Para investirmos num projeto necessitamos por vezes de um pilar (amigo/familiar) para nos ajudar a refletir, em tempo útil, sobre os melhores caminhos a percorrer. Pilar este que nos empurra tantas vezes para um labirinto desconhecido que pensamos se será, de verdade, um pilar das nossas vidas.

No final, e quando encontrarmos uma possível saída, uma certeza, descobrimos que é sem dúvida um verdadeiro pilar e que nos ajudou a construir um percurso.

Difícilmente este trabalho teria sido terminado sem alguns elementos que, pela sua presença e motivação, marcaram o meu pensar e agir e ajudaram a trilhar o caminho percorrido.

Assim dedico este projeto:

Aos meus pais, por tudo o que representam para mim, por tudo o que me ensinaram e que nunca conseguirei transmitir por palavras;

À minha irmã Adriana, pelo apoio, incentivo e palavras assertivas;

Aos meus irmãos, Raul e Alberto, que apesar da ausência, sempre lá estiveram;

Aos meus primos, Luz e António, um agradecimento especial pela disponibilidade, amparo, carinho, por todos os momentos em que me fizeram rir e me deram coragem;

À Lasalete, pelo empurrão fundamental para chegar ao término do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Ao Centro Hospitalar do Médio Ave pelo interesse manifestado e autorização dada para a realização desta investigação e a todos os gestores/líderes que, de forma voluntária, participaram neste estudo e que, pela sua disponibilidade, tornaram exequível este trabalho.

À Professora Doutora Cristina Barroso e à Mestre Fátima Segadães pela orientação ao longo do trabalho, pelo desafio que me colocaram, pelo apoio científico, pela solidariedade nos momentos de maior dificuldade;

Aos Professores Doutores Margarida Reis Santos, Sandra Cruz e Luís Carvalho, pela disponibilidade e apoio que sempre me deram;

Aos Amigos e Colegas, Adriano Macedo, Catarina Marinho, Isa Silva, Sara Pedreiro, Daniela Loureiro, Ana Rocha e Marta Garcia, pelos momentos de partilha, apoio, autoconfiança e ajuda;

Ao Pedro, pela disponibilidade, amparo e dedicação constante;

Ao Mestre André Lamas Leite, pela sua disponibilidade, eficácia e eficiência.

Um sincero Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

CAMH - Centre for Addiction and Mental Health
CE - Conselho de Enfermagem
CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave
CNQ - Conselho Nacional de Qualidade
CS – Clinical Supervision
DGS - Direção Geral de Saúde
DoH - Department of Health
DPT - Desenvolvimento Profissional Tutelado
DQS - Departamento da Qualidade na Saúde
EPT - Exercício da Prática Tutelada
ESEP - Escola Superior de Enfermagem
ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros
IQS - Instituto da Qualidade em Saúde
MDP - Modelo de Desenvolvimento Profissional
MHB - Mental Health Branch
MS - Ministério da Saúde
MSCE - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem
MSCEC - Modelo de supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado
NHS - National Health Service
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PTE- Prática Tutelada em enfermagem
QeS - Qualidade em Saúde
RCN - Royal College of Nursing
ROE - Revista da Ordem dos Enfermeiros
SC - Supervisão Clínica
SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UKCC - United Kingdom Central Council
UST - Unidade de Santo Tirso
UVNF - Unidade de Vila Nova de Famalicão
WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	5
1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	7
1.1. Supervisão Clínica em Enfermagem – O Conceito	8
1.2. Segurança e Qualidade dos Cuidados em Saúde	12
1.3. Importância da Instituição e dos Gestores de Serviço na Supervisão.....	19
2. IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	25
2.1. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem	25
2.2. Que Dificuldades na Implementação?	30
2.3. O Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Adotado	35
PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO	41
1. METODOLOGIA	43
1.1. Pertinência do Estudo	44
1.2. Tipo de Estudo	45
1.3. Finalidade e Objetivos do Estudo	47
1.4. Questões Orientadoras	48
1.5. Contexto e Participantes do Estudo	49
1.6. Instrumento e Procedimento de Recolha de Dados	50
1.7. Tratamento e Análise dos Dados.....	52
1.8. Considerações Éticas	55
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
2.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes.....	58
2.2. Supervisão Clínica em Enfermagem	60
2.3. Vantagens da Supervisão Clínica.....	65

2.4. Fatores Facilitadores.....	77
2.5. Fatores Inibidores	85
2.6. Papel do Enfermeiro Gestor.....	100
2.7. Papel do Supervisor Clínico.....	107
2.8. Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem	109
2.9. Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso	111
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	139
ANEXO I: Guião das Entrevistas.....	141
ANEXO II: Autorização Institucional para a Realização do Estudo	155
ANEXO III: Documento com Informação da Explicação do Estudo	159
ANEXO IV: Documento de Consentimento Informado.....	163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Supervisão Clínica em Enfermagem.....	60
Quadro 2: Vantagens da Supervisão Clínica.....	66
Quadro 3: Fatores Facilitadores.....	78
Quadro 4: Fatores Inibidores.....	86
Quadro 5: Papel do Enfermeiro Gestor.....	101
Quadro 6: Papel do Supervisor Clínico.....	108
Quadro 7: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem	109
Quadro 8: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso.....	111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade dos Participantes	58
Gráfico 2: Tempo de Serviço na Função	58
Gráfico 3: Habilitações Académicas dos Participantes.....	59
Gráfico 4: Formação dos Participantes em Supervisão Clínica em Enfermagem.....	59

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem está a assumir, em Portugal, um papel cada vez mais importante enquanto processo de melhoria da qualidade e de desenvolvimento pessoal e profissional em contexto de trabalho. Ligada aos processos de gestão da qualidade das instituições de saúde, a discussão sobre a urgência da supervisão clínica introduzida nas políticas organizacionais é indispensável para o seu desenvolvimento. O ponto de partida deste trabalho baseia-se em reforçar a importância de implementação de modelos de SCE nas instituições e nas mais-valias que o mesmo pode trazer na segurança e melhoria da qualidade dos cuidados.

A investigação e reflexão efetuadas partem da questão: “Qual o impacto da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado no Centro Hospitalar do Médio Ave?”. Neste sentido, estabeleceram-se como objetivos do estudo: avaliar a satisfação do enfermeiro responsável pela gestão da unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados com a implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado; identificar os fatores facilitadores e inibidores envolvidos na implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado; e, por último, identificar os contributos da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado na segurança e qualidade dos cuidados.

O estudo reporta a uma perspetiva qualitativa. Os dados foram recolhidos pelo investigador, recorrendo a uma entrevista semiestruturada, aplicada a seis enfermeiros gestores do Centro Hospitalar do Médio Ave. Para tratamento da informação recorreu-se à análise de conteúdo.

Os resultados encontrados são consistentes com a literatura revista, sendo possível concluir que a motivação dos participantes na implementação do modelo tem diferentes origens e que a formação é um elemento fundamental para o sucesso da implementação da supervisão clínica. Foram, analogamente, identificados fatores limitadores e facilitadores do processo de implementação, assim como as dificuldades vivenciadas e também as mais-valias por parte dos participantes.

Palavras-chave: Enfermagem; Supervisão Clínica em Enfermagem; Enfermeiro Gestor; Processo de Implementação; Modelo.

ABSTRACT

In Portugal, the Clinical Supervision in Nursing is taking a higher role as a process of the quality improvement in personal and professional development in working environment. Connected to the processes of quality management of health institutions, the discussion about the urgency of introducing clinical supervision in organizational policies is necessary to its development. The starting point of this paper is based to the increase of the importance of SEC models' implementation in institutions and the added value that this may bring for the security and health care quality improvement.

The research starts with the question: "What is the impact of the implementation of the Contextualized Clinical Supervision Model in Nursing in the Centro Hospitalar Médio Ave?". The aims of the study are: evaluating the satisfaction of the nurse responsible for managing the health units and the nurses responsible for the health care units with the implementation of the Contextualized Clinical Supervision Model in Nursing; identify the limiting factors and enablers involved in the implementation of the Contextualized Clinical Supervision Model; and, finally, identify the contribution of the implementation of the Contextualized Clinical Supervision Model in Nursing in healthcare security and quality.

This study evokes a qualitative perspective. The data was collected by the researcher, using a semi-structured interview applied to six manager nurses in the Centro Hospitalar de Médio Ave. For data analyses we have utilized the content analysis.

The results found are consistent with the revised literature, thus allowing the conclusion that the motivation of the participants in the model implementation has different origins and the training is a fundamental element for the success of the clinical supervision implementation. Limiting factors and enablers of the process implementation, as well as the difficulties experienced and added value by the participants were also identified.

Keywords: Nursing; Clinical Supervision in Nursing; Nurse Manager; Process of Implementation; Model.

INTRODUÇÃO

Temos assistido, nas últimas décadas, a inúmeras transformações científicas, tecnológicas, económicas e políticas nas diferentes áreas socioeconómicas, com repercussão nas políticas de saúde implementadas nos mais diversos contextos, nomeadamente na emergência do debate sobre a supervisão, enquanto processo de promoção da qualidade e formação em contexto de trabalho.

Hyrkäs *et al.* (2002) referem que as alterações ocorridas no sistema de saúde, tais como a redução dos recursos financeiros, os avanços tecnológicos e o rápido aumento de novas formas de informação, condicionaram negativamente os mecanismos de suporte disponibilizados aos profissionais de saúde; pelo que, em enfermagem, houve a necessidade de se desenvolver e implementar um método que promovesse a responsabilização e o desenvolvimento de novas competências nos enfermeiros. Neste contexto, a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) aparece como processo que dá suporte ao exercício profissional dos enfermeiros (Butterworth *et al.*, 2008; White e Winstanley, 2003).

A supervisão pode ser entendida como um método de trabalho de consultoria, orientação, gestão, liderança e terapia (Hyrkäs *et al.*, 2002), que se focaliza no desenvolvimento da prática clínica através da reflexão, orientação e suporte profissional. Devido à sua condição multidimensional e multifacetada, a Supervisão Clínica (SC) tem vindo a ganhar espaço no seio da disciplina de Enfermagem enquanto veículo promotor do desenvolvimento pessoal e profissional, recorrendo à utilização de processos de reflexão, experimentação e sustentação profissional (Garrido, Simões e Pires, 2008), que permitem ao enfermeiro desenvolver capacidades de análise e de intervenção responsável, diminuir os níveis de *stress*, aumentar a disponibilidade emocional e psicológica e estabelecer relações de ajuda (Hyrkäs, 2005; Abreu, 2002).

A aplicação da SC nos contextos de saúde resulta na melhoria da qualidade dos serviços prestados, além de potenciar o desenvolvimento de habilidades e competências da equipa (Pires, 2004). A qualidade assume-se, assim, como um requisito incontornável na atualidade, em todos os ramos da atividade humana (Garrido, Simões e Pires, 2008). Em 2010, A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), no Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), refere-se à SCE como um acompanhamento dos profissionais de saúde ao longo da sua prática de cuidados, com o objetivo de “(...) promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da

prática clínica”(OE, 2010, p. 5). O modelo proposto pela OE apresenta-se, assim, como uma resposta aos desafios emergentes em termos de regulação profissional e assenta na validação e certificação de competências a dois níveis: o Exercício da Prática Tutelada (EPT) e o Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

O objetivo da OE é assegurar que cada enfermeiro tenha acesso a um exercício profissional seguro e de qualidade, considerado fundamental para a sua iniciação na profissão. Para isso, a OE refere que é necessário existir um supervisor e descreve-o como um enfermeiro experiente, com competências específicas no domínio da SC que se voluntaria para desempenhar esse papel (OE, 2010).

A literatura referencia estudos que abordam quer as práticas supervisivas quer a descrição de diversos modelos de supervisão. A ausência de consenso acerca do conceito, a deficiente apropriação dos intervenientes no processo supervisivo e a diversidade dos contextos, dos atores e da finalidade com que é utilizada, são alguns dos fatores identificados que apelam à existência de uma diversidade acerca do que pretende ser a supervisão. Nesse âmbito não é possível identificar a existência de modelos “puros” ou consistentes que traduzam a realidade das práticas supervisivas.

Existe, atualmente, uma preocupação crescente das organizações de saúde em dedicar, aos seus clientes, os melhores cuidados de saúde, cuidados mais rigorosos e com maiores expectativas, tornando-se deste modo evidente a definição de padrões de qualidade nos cuidados de saúde. O carácter reflexivo da SCE promove, nos enfermeiros, uma mudança positiva no desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-os mais conscientes da sua prática e responsabilizando-os pela prestação de cuidados seguros e de qualidade.

A investigação atesta, também, que se pode agregar à SCE o aumento da satisfação profissional e a diminuição da ansiedade e *stress* (Brunero e Stein-Parbury, 2008; Abreu, 2007; Proctor, 2006).

O processo de mudança pode ter um efeito devastador sobre as pessoas, expondo-as a sentimentos de perda, *stress*, dúvidas e impulsividade, bem como a sentimentos de conforto, das quais fazem parte a experiência, o orgulho e a realização (Glenn, 2010). Não obstante, a implementação da SC é vista como um elemento crítico no fornecimento de uma prática segura e responsável. É, assim, fundamental que os profissionais e os gestores em enfermagem e as instituições compreendam e se envolvam no seu desenvolvimento (Butterworth, 1996). É, neste sentido, que surge a curiosidade de perceber de que forma a introdução de um processo tão complexo como a implementação de um modelo de SCE é percecionado pelos enfermeiros gestores, profissionais que assumem um papel de grande

relevância em todo o processo, pois podem ser um pilar basilar para o sucesso da implementação.

A SCE remete para práticas profissionais de qualidade, fornecendo apoio e suporte aos profissionais de enfermagem, no sentido de proporcionar cuidados progressivamente mais seguros. Ao permitir que os enfermeiros reflitam de forma partilhada sobre as suas práticas e problemas do respetivo exercício profissional, a SCE pode resultar no aumento de competências dos profissionais e em cuidados de maior qualidade.

O presente estudo, inserido no paradigma qualitativo, resultou da vontade de poder contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e está integrado num projeto de investigação-ação pensado e construído pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), em parceria com o Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA), intitulado “Supervisão para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”.

A problemática eleita para este estudo resultou de três razões principais. A primeira está relacionada com o interesse pessoal do investigador na temática. A segunda porque a pesquisa bibliográfica efetuada demonstrou não existir evidência acerca da implementação de modelos de SC em Portugal. Por fim, o facto de se poder dar um contributo para um projeto arrojado e de interesse quer para o país, quer para a instituição de saúde participante, quer para a enfermagem portuguesa.

O C-S2AFECARE-Q é um projeto de quatro anos que se divide em três fases de investigação e que tem como objetivos: i) Implementar um modelo de SC que responda às necessidades sentidas pelos enfermeiros; ii) Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da promoção do autocuidado e das competências parentais; iii) Construir um documento que auxilie o supervisor no processo e supervisão; iv) Criar uma plataforma *e-learning* de supervisão.

A primeira fase da investigação constou do reconhecimento do contexto face a áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem (autocuidado, risco de queda e competências parentais na amamentação). A segunda fase da investigação consta da implementação do modelo de SC, construído a partir de um estudo efetuado no CHMA por Cruz (2008-2010).

Inserido nesta segunda fase do projeto C-S2AFECARE-Q, realizou-se esta investigação que se intitula: “Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: impacto na organização”, que por seu lado, constitui a dissertação para o Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem. Este teve por finalidade analisar a forma como decorreu a implementação do modelo de SCE no CHMA, através da perspetiva dos enfermeiros gestores, bem como contribuir para a reflexão e melhoria das atuais estratégias implementadas, como forma de obter o máximo de rentabilidade do Modelo de Supervisão Clínica de Enfermagem

Contextualizado (MSCEC). Procurou-se, junto daqueles que fizeram parte do estudo, conhecer: a satisfação do enfermeiro responsável pela gestão da unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados com a implementação do MSCEC; identificar os fatores facilitadores e inibidores na implementação do MSCEC; e, por último, identificar os contributos da implementação do MSCEC na segurança e qualidade dos cuidados de modo a identificar alguns aspetos a melhorar no modelo adotado.

A metodologia usada neste estudo baseia-se no paradigma qualitativo, com o intuito de orientar o objetivo da investigação e explorar o tema em análise. Na recolha dos dados recorreu-se ao uso da entrevista semiestruturada com gravação áudio a um grupo de participantes constituído por seis enfermeiros a exercerem funções no CHMA.

Esta dissertação encontra-se organizada em duas partes distintas. Após uma breve apresentação do tema, metodologia e estrutura desta investigação, na primeira parte é desenvolvido o enquadramento conceptual. Aqui, aprofundam-se, primeiramente, os conceitos e evoluções da SCE. É feita uma breve revisão sobre os pressupostos que norteiam a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde e, por fim é abordada a importância da instituição e dos gestores de serviço no processo de supervisão. Ainda se apresentam os diferentes modelos de SCE mais usados na atualidade. São também referidas algumas das dificuldades na implementação de um modelo de SC e, termina-se com a descrição do modelo adotado - o MSCEC.

A segunda parte é dedicada ao estudo empírico. Aqui apresentam-se as opções metodológicas do estudo, desde a escolha do paradigma metodológico e do tipo de estudo, até à pertinência do mesmo. É descrita a finalidade e os objetivos, assim como as questões orientadoras, o contexto e o grupo de participantes. Refere-se a técnica de recolha de informação e a forma como foram analisados e tratados os dados. Por fim, apresentam-se a análise e discussão dos resultados.

As conclusões do estudo e as sugestões para futuros projetos encontram-se descritas na conclusão.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Embora a SCE já seja discutida por teóricos e profissionais de enfermagem desde o início da década de 90 do passado século, nomeadamente no Reino Unido, Norte da Europa, Estados Unidos da América e Canadá, em Portugal “(...) só muito recentemente começou a emergir como um assunto significativo em círculos restritos de reflexão, surgindo intimamente associada ao processo de acompanhamento de práticas, sendo decisivo o contributo de círculos de formação de enfermeiros e dos programas de melhoria da qualidade organizacional”(Garrido, 2004, p. 1).

Da revisão da literatura podemos inferir que existe claramente a ideia de uma opinião e interpretação dicotómicas sobre o que é a supervisão clínica. Para alguns autores ela constitui-se como uma inovação recente do desenvolvimento profissional, aparecendo numa visão otimista quanto aos seus futuros resultados. Para outros, ela é apenas uma estratégia que será utilizada pelos chefes e responsáveis de serviço com o objetivo de avaliar os profissionais, mostrando-se céticos quanto ao seu processo de desenvolvimento.

De facto, o termo “supervisão” suscita alguma apreensão, trazendo associada a ideia de inspeção do trabalho dos funcionários. A ideia da existência de uma “supervisão” e da existência de um supervisor é confundida com a procura da identificação de procedimentos mal executados e/ou do trabalho do enfermeiro supervisor de carreira, ideia que tem perdurado até aos dias de hoje na enfermagem.

Perante este quadro e apesar das discussões efetuadas acerca do conceito, justifica-se a análise das conceções comumente associadas à supervisão e acompanhamento das práticas clínicas, nomeadamente: o conceito de SCE, a importância da supervisão clínica para a qualidade e segurança dos cuidados e o papel dos gestores de serviço no processo de supervisão.

1.1. Supervisão Clínica em Enfermagem – O Conceito

Shanley e Stevenson (2006) afirmam que o significado atribuído ao conceito de Supervisão Clínica (SC) tem por base diversos fatores, entre os quais se podem destacar a origem, a importância e a linguagem. Nessa perspetiva, a SC define-se em função do contexto em que é utilizada. Cruz (2008) reforça esta ideia, referindo que devido o facto deste conceito ter aparecido associado a muitas profissões, traz algumas dificuldades na obtenção de uma definição que se apresente como satisfatória. Na ótica de Abreu (2007), e referindo-se mais especificamente à área da saúde, o conceito de supervisão é algo vago e pode remeter para diversas situações, exemplificando conceitos como: supervisão de gestão ou supervisão clínica ou, ainda, designar diferentes modelos e estratégias.

Foi com Florence Nightingale que começaram a surgir os princípios da SCE. No entanto, foi com Hildegard Peplau que o conceito se começou a introduzir na prática de cuidados. As primeiras discussões referentes à temática surgiram por volta do ano de 1943, no âmbito da enfermagem psiquiátrica (Abreu, 2007).

Em Portugal, o conceito de SC surgiu na década de 80 da centúria transata, essencialmente ligado à área das ciências da educação e da pedagogia, altura em que surgem os primeiros estudos acerca das temáticas referidas. Os primeiros autores a debruçarem-se sobre a SC foram Alarcão e Tavares que, na sua perspetiva, defendem a existência de um profissional mais experiente (supervisor) que tem como função ajudar um outro menos experiente. Para os autores, a supervisão é um “(...) processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (Alarcão e Tavares, 2007, p. 16).

De salientar que foram os trágicos acontecimentos de Bristol, Kent e Canterbury, ocorridos no Reino Unido, nos anos 90 do séc. XX, que levaram toda a sociedade a refletir sobre a importância da formação dos profissionais de saúde. Tornou-se, assim, evidente a importância do acompanhamento do desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais de saúde, a mudança dos contextos, a segurança e assistência dos cuidados de saúde (Smith, 1998 cit. por Abreu, 2007). Desde 1993, o *Department of Health* (DoH) do *National Health Service* (NHS) tem publicado vários documentos que explanam um conjunto de políticas que têm por base a SCE. Nesses documentos a SCE é definida como sendo: “(...) a formal process of professional

support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations”(NHS, 2011, p. 5).

Em enfermagem, o termo surge associado ao acompanhamento das práticas, numa perspetiva que visa a promoção da formação e desenvolvimento profissionais, da qualidade dos cuidados e do exercício profissional, tendo como fim último a melhoria contínua da qualidade e a segurança dos cuidados (Garrido, 2004).

Para Garrido, Simões e Pires (2008), o processo de SCE é sustentado entre um enfermeiro ou um grupo de enfermeiros da prática clínica e um supervisor clínico, entre os quais se estabelece uma relação profissional. Abreu (2007, p. 117) acrescenta que a supervisão clínica é um “(...) processo, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e de desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos clientes e o aumento da satisfação profissional”, sendo este “(...) um processo de acompanhamento de profissionais de enfermagem pelos seus pares”(Abreu, 2007, p. 18).

Alarcão e Tavares (2007, p. 45) defendem que a supervisão:

(...) implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospetiva baseada num pensamento estratégico.

Apesar da multiplicidade de definições existentes, todos os autores corroboram que a ideia central que predomina é o desenvolvimento profissional, com o intuito da melhoria contínua das práticas e consequente obtenção de ganhos em saúde.

O NHS (2011) usa o termo SC, descrevendo-o como um processo formal de apoio profissional que deve ser visto como um desafio construtivo, um meio de promover a autoavaliação e a reflexão. Acrescenta ainda que a SC tem um papel fundamental na melhoria da prática de cuidados, acrescentando que é também uma componente chave da aprendizagem e desenvolvimento quer para o indivíduo, quer para a organização – os profissionais sentem-se menos motivados a abandonar a profissão, essencialmente devido a uma maior confiança dos enfermeiros nas suas práticas e as reclamações nos serviços diminuem (Abreu, 2007; Bishop, 1998; Farrington, 1995; Nicklin, 1995).

Em 2003, o *Royal College of Nursing Institute* (2003, p. 3), num documento designado *Clinical Supervision on the workplace: Guidance for occupational health nurses*, faz uma descrição da supervisão clínica bastante abrangente, referindo que esta:

(...) provides the opportunity to develop expertise, to find new ways of learning, and to gain professional support, which is particularly important for occupational health nurses who work alone. Clinical supervision aims to motivate occupational health nurses, while being client-centred and focussed on safeguarding standards of client care. Organisations also benefit from: improved service delivery through the use of evaluation systems; new learning opportunities; improved staff recruitment and retention; and, improved efficiency and effectiveness.

Não obstante, Abreu (2001) faz menção a Brocklehurst (1994), identificando um conjunto de aspetos análogos no conceito de supervisão:

- i) A relação supervisor/supervisado assume uma dimensão central no processo de supervisão;
- ii) A supervisão clínica está sujeita a um conjunto de definições e pressupostos (assegurar/melhorar práticas de qualidade, desenvolver competências, encorajar, motivar, incutir reflexão e dar apoio à equipa);
- iii) O processo de supervisão implica a presença de uma estrutura e de procedimentos específicos: início do processo, experimentação e autonomização e distanciamento crítico;
- iv) O processo de supervisão só terá sucesso se houver empenho por parte do supervisor e do supervisado.

Para Garrido, Simões e Pires (2008), a relação profissional, entre supervisor e supervisado, deve permitir aos profissionais constituir, manter e aperfeiçoar padrões e impulsionar a inovação na prática clínica, através da reflexão sobre o trabalho desenvolvido. Alarcão e Tavares (2007) acrescentam que a relação supervisiva e a dinâmica criada no seio da díade supervisor-supervisado assumem-se como a chave para o êxito do processo supervisivo. Para os autores, o sucesso deste processo é diretamente proporcional à qualidade da relação que se estabelece. Acrescentam ainda que “(...) as situações de supervisão se devem caracterizar por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”(Alarcão e Tavares, 2003, p. 71).

Sá-Chaves (2011) diz que, na atitude supervisiva, está implícito um olhar atento e abrangente. Para isso, o supervisor deve ser capaz de observar o discurso verbal e não-verbal; deve estar atento ao passado, às ambições futuras, aos acontecimentos e respetivas interpretações possíveis, ao meio sociocultural envolvente, à ambição, à pessoa e ao seu próprio processo de mutação. É função do supervisor orientar o colega no seu processo de aprendizagem, criar espaços e tempos para a inovação e a criatividade, criar situações de aprendizagem, trabalhar a reflexão e a capacidade de decisão.

Jones (2003) baseia-se em Kohner (1994) para afirmar que, para a relação supervisiva ter sucesso, as responsabilidades individuais e conjuntas devem ser discutidas e revistas logo no primeiro contacto.

Existem alguns autores que fazem referência às qualidades essenciais do supervisor. Garrido, Simões e Pires (2008) destacam algumas delas, salientando: i) a experiência; ii) a formação na área; iii) os conhecimentos; iv) as competências; v) a motivação; vi) o bom relacionamento interpessoal e profissional e, vii) a disponibilidade. Para os autores, estas características são um factor determinante na formação dos profissionais, cuja função principal é facilitar a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. De igual forma, as características pessoais do supervisor também devem ser tidas em conta: “(...) empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação (*feedback*)”(Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 62).

Nos Cadernos Temáticos acerca do MDP concebido pela OE é referido que o supervisor deve assumir o papel de guia orientador no processo de desenvolvimento do supervisado, permitindo-lhe “(...) tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e mudança positiva”(OE, 2010, p. 6). Butterworth e Faugier (1992 cit. por Abreu, 2007, p. 235) advertem que os supervisores também devem disponibilizar-se para serem supervisados, “(...) possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas, salientando ainda as necessidades dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão”.

Cottrell e Smith (2005) acrescentam que o papel do supervisor clínico em enfermagem vai além de suportar e fomentar a formação e a atividade profissional dos supervisados, constando em impulsionar a mudança positiva, monitorizar, desafiar, educar, recomendar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos supervisados. O supervisor deve ser “(...) um enfermeiro com adequadas competências pedagógicas, capaz de compreender e fazer a transferência de um modelo, ou metamodelo de enfermeiro”, para isso é importante “(...) que a sua formação tenha em atenção uma íntima relação entre a teoria/prática/teoria”(Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 63). Também deve ser capaz de controlar os obstáculos que o processo traz e permitir a expansão de competências. O seu contributo torna-se de extrema importância, nomeadamente para a ascensão a uma prática com o máximo de qualidade, onde se salienta a eficácia e a qualidade do relacionamento supervisivo como condições basilares para o seu sucesso (Garrido, 2004).

Os benefícios da supervisão não são exclusivos do supervisado, o supervisor também colhe frutos de todo este processo, uma vez que é obrigado a reformular estratégias, a ter uma nova perspectiva das situações e a reconstruir conceitos teóricos adquiridos. Deste modo, o

supervisor desenvolve-se, “(...) pois a supervisão pode constituir-se como uma dupla mediação entre o conhecimento e o formando, num processo facilitador do desenvolvimento dos participantes através da reconstrução continuada dos saberes pessoais e profissionais”(Sá-Chaves, 2000, p. 193).

Da revisão bibliográfica efetuada pode verificar-se que, embora com pareceres diversos acerca do que se entende por SCE, ela é convergente com o que é preconizado pela OE. O acompanhamento dos profissionais na sua prática de cuidados é central cujo objetivo de é desenvolver a tomada de decisão autónoma, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

1.2. Segurança e Qualidade dos Cuidados em Saúde

A temática da qualidade tem vindo a ser amplamente discutida no domínio das políticas da qualidade em saúde, tendo uma forte influência no que se refere a todas as atividades desenvolvidas nos serviços. Por conseguinte, cada um dos profissionais possui um importante papel a desempenhar não só individualmente mas, também, como membro integrante de uma equipa interdisciplinar (Sale, 2000).

Para Garrido (2004), a qualidade deixou de ser apenas um termo para se tornar uma filosofia e um eixo estruturante das políticas de saúde. Cada vez mais a população exige cuidados de qualidade, levando as organizações a aderirem a programas de acreditação, que equivalem ao reconhecimento público de um determinado nível de qualidade institucional.

A questão da qualidade dos cuidados não é uma novidade atual; ela é transversal à História: “A medicina Hipocrática alicerçava-se (...) na obrigação do médico de usar toda a sua arte para tratar o seu doente e, nunca por nunca com a intenção de provocar qualquer mal” (Fragata e Martins, 2008, p. 19). Também Florence Nightingale, em 1850, manifestava preocupações com a garantia da qualidade, uma vez que procurava, através dos registos das suas observações, avaliar o nível de cuidados prestados de modo a melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias (Sale, 2000).

Na década de 80 do passado século, a Organização Mundial de Saúde (OMS) debruçou-se também sobre esta temática, impulsionando os países à procura ininterrupta pela melhoria contínua da qualidade. Desde então, vários estudos têm sido realizados com o objetivo de

melhorar a qualidade dos cuidados, sendo os EUA, o Canadá e o Reino Unido pioneiros desta temática.

Não obstante, descrever a qualidade não é fácil, o termo pode relacionar-se com a adequação ao propósito, à inexistência de defeitos, constituindo uma procura constante aos serviços prestados nas instituições de saúde, podendo também ser definida em relações ou em graus de excelência (Dias, 2010; Garrido, 2004).

Alguns autores referem-se à mesma como sendo o grau de sucesso auferido na prestação dos cuidados que garantem valor ou benefício, e que requer uma avaliação periódica. Já Biscaia (2000) menciona que não passa de um conjunto integrado de atividades planeadas que cerca diversos níveis de cuidados, sendo baseada na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, tendo como objetivo o progresso contínuo dos cuidados e a satisfação de todos os intervenientes.

Por sua vez, Sale (2000, p. 53) refere que a qualidade é “(...) a medida do nível de serviço prestado num dado momento e do esforço que existe para modificar, quando necessário, a prestação do serviço em causa à luz dos resultados dessa avaliação”. Assim sendo, a qualidade é da responsabilidade de todos os profissionais que integram os serviços de saúde. Neste sentido, Soares (2004, p. 78) concorda com Lopes e Nunes (1995), dizendo que:

(...) a qualidade é uma cultura e que só se atinge com a interiorização e a vivência, esforço contínuo de todos para fazer bem, produzir o melhor, definir o que é desejável e atingir em conformidade com os padrões definidos. A qualidade exige uma partilha de valores que tem a ver com a cultura da organização, com as ideias e valores, o que está correto e é desejável.

Fragata e Martins (2008, p. 18) destacam que “(...) cada vez mais a qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos clientes, não sendo mais a qualidade um *standard* abstrato mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas”. Delegado (2004) afirma que é uma forma de estar, de atuar e de conviver, com o objetivo de obter continuamente melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada interveniente.

Para Abreu (2007, p. 200) “A qualidade em serviços públicos é uma filosofia de gestão que permite alcançar uma maior eficácia e eficiência dos serviços, a desburocratização e simplificação de processos e procedimentos e a satisfação das necessidades explícitas e implícitas dos cidadãos”.

Estas questões vão ao encontro das exigências atuais das políticas de saúde.

Em Portugal, e de acordo com o Decreto-Lei nº 166-A/99, de 13 de maio, todas as instituições têm como foco a prestação de cuidados de qualidade, tendo sempre em conta os direitos dos utilizadores. A qualidade é encarada como um imperativo para as organizações,

quer porque os cidadãos são cada vez mais exigentes em relação aos serviços que a Administração Pública lhes presta, quer porque os funcionários e agentes aspiram a que o seu trabalho seja mais responsável, mais gratificante e mais rico sob o ponto de vista do seu conteúdo funcional.

Não obstante, em dezembro de 1998 foi criado o Sistema Português de Qualidade em Saúde, como consequência da necessidade de se adotar uma estratégia global que integrasse o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de saúde, com a finalidade de obter mais e melhores cuidados de saúde, recorrendo à compreensão, colaboração e cooperação entre todos os elementos envolvidos na prestação dos cuidados (Pisco, 2001). Um sistema de qualidade em saúde deve ter como preocupação *major* corrigir os erros do próprio sistema, reduzir a invariabilidade indesejada, desenvolvendo-se sempre num quadro de responsabilidade e participação coletiva de todos os intervenientes, com a finalidade da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A urgência de implementar sistemas de qualidade foi deveras uma realidade internacional, desde a OMS ao Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), e também uma realidade nacional, como sucedeu com o Conselho Nacional de Qualidade (CNQ) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Surgiu então a necessidade de se criarem normas, sistemas, estratégias e padrões de qualidade, bem como definir os diferentes domínios e papéis de cada área da saúde em relação à qualidade.

Em 2000, a OMS definiu como elementos fundamentais de cuidados de saúde de qualidade um elevado grau de excelência profissional, eficácia no uso dos recursos, redução dos riscos para os clientes, motivação dos profissionais e ganhos em saúde (Pisco, 2001).

Em 2001, o Conselho de Enfermagem (CE) da OE instituiu, entre outras competências, a definição de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem. Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover a readaptação, procurando satisfazer as atividades humanas básicas e a máxima independência na execução das atividades da vida (OE, 2002).

A qualidade em saúde é uma dimensão estruturante dos cuidados de saúde (Abreu, 2007). Para Abreu (2001, p. 1), “(...) na área da saúde, a adoção de estratégias integradas que visem o desenvolvimento do sistema de saúde e a promoção global da qualidade vêm de alguma forma dar resposta a um conjunto de exigências sociais e económicas”.

Nunes e Rego (2002, p. 116) acrescentam que “(...) para ser possível obter ganhos em saúde deve existir um sistema articulado e estruturado por processos interrelacionados, de acordo

com o ideal de que existe um objecto comum a todos os agentes de saúde, ou seja, a promoção da qualidade de vida dos cidadãos”.

Como forma de solucionar esta necessidade, os hospitais têm vindo a incrementar e a evidenciar um gradual interesse sobre a qualidade em saúde, através do desenvolvimento de linhas de orientação clínica, protocolos, normas de procedimentos, bem como vários processos de certificação e acreditação.

Em 1999, o IQS, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), assinou um protocolo de acreditação com a *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS)¹, com a finalidade de apoiar as instituições de saúde no sentido de melhorar a qualidade dos seus serviços, baseando-se numa avaliação e acreditação das unidades de cuidados.

O Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de dezembro, veio conferir à Direção Geral de Saúde (DGS) competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português, cabendo à mesma o desenvolvimento de uma cultura baseada na melhoria contínua da qualidade, na segurança do cliente e na disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais.

No que se refere à prestação de cuidados de saúde com qualidade, é de ressaltar que a segurança adquire extrema importância. Para França (2008), a melhoria da qualidade e a segurança do doente são o resultado de uma variedade de atividades continuadas no tempo que exigem métodos sistemáticos de avaliação. Delegado (2004) salienta que estas duas áreas estão associadas e que atualmente assumem o centro dos debates em saúde. Estes apresentam-se concordantes com as estratégias nacionais definidas atualmente para a qualidade e políticas de saúde.

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, apresentado pelo MS, a segurança é vista como uma das principais dimensões da qualidade (MS, 2010a). A World Health Organization (WHO) (2004) afirma que garantir a segurança dos clientes e dos profissionais de saúde, bem como melhorar a qualidade dos serviços de saúde são objetivos prioritários dos sistemas.

A OE (2007), defende que um ambiente de trabalho seguro é benéfico à prática de cuidados. Os perigos para os enfermeiros e os clientes derivam de cargas laborais excessivas. A ausência de adaptação entre o trabalho exigido aos enfermeiros e aquele que eles conseguem prestar razoavelmente, ameaça a saúde dos enfermeiros e coloca os clientes em risco. As pressões de tempo, reclamações contraditórias, interrupções, défices de aptidões e de

¹ Fundação que nasce no Reino Unido inicialmente sem fins lucrativos, a qual desenvolveu programas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde no meio hospitalar.

conhecimentos, bem como recursos insuficientes ou indisponíveis são agravados pelas elevadas cargas horárias.

Lembramos que no processo de procura da excelência é necessário determinar exigências que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que empregar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos clientes evidenciem os critérios da qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS).

No PNS 2011-2016, a segurança do cliente é um fator essencial na área da qualidade dos cuidados de saúde, baseando-se na prevenção e análise da informação de retorno dos vários sistemas de notificação, bem como no programa de melhoria contínua da qualidade (MS, 2010b). Para Fragata (2011), a segurança do cliente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e está dependente da responsabilidade dos vários intervenientes envolvidos no processo. Nunes (2006, cit. por OE, 2006) refere que a segurança é fundamental na qualidade em saúde e, particularmente, nos cuidados de enfermagem.

Não obstante, neste processo, é obrigação dos enfermeiros planearem e adotarem ações e métodos de trabalho que tenham como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, pelo que se devem utilizar e definir indicadores que possibilitem o controlo e a avaliação desses mesmos cuidados (Decreto-Lei n.º 184/2009, de agosto).

Relativamente aos indicadores em saúde, em Portugal tem vindo a verificar-se uma melhoria significativa, essencialmente nos relacionados com a saúde infantil, com a esperança média de vida, com a mortalidade e morbilidade (WHO, 2010).

A melhoria da qualidade em saúde é indissociável da avaliação dos resultados e da existência de um sistema de indicadores standardizados, centrados nas necessidades em saúde da população em termos de um estado de saúde desejável. O CE em dezembro de 2001, publicou um documento acerca dos padrões de qualidade onde enumera um conjunto de “(...) seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem”(OE, 2002, p. 11).

Em 2006, no Dia Internacional do Enfermeiro, o ICN adotou como lema: “Dotações seguras salvam vidas”(OE, 2006, p. 57), cujo enquadramento se situava na perspetiva da qualidade, excelência e segurança dos cuidados de enfermagem.

O PNS 2011-2016 (MS, 2010b, p. 49) alude a que os:

(...) principais ganhos esperados são universalidade e equidade no acesso, um ajustamento às crescentes restrições orçamentais e de recursos, melhoria da qualidade e segurança dos doentes, fiabilidade da informação, satisfação do cliente, maior responsabilização dos profissionais de saúde, gestores e políticos, partilha de boas práticas, uniformização dos processos e melhores resultados em saúde.

Verifica-se, assim, que o investimento na segurança dos clientes é, para além de uma perspetiva económica, um investimento útil para a população, visto que hoje em dia cada vez mais se vai entendendo que “(...) a saúde não é um custo da sociedade, é um investimento que se replica, que se reproduz na qualidade, na produtividade dessa mesma sociedade”(OE, 2007, p. 38).

Referindo-se a Tait (1994), Abreu (2007, p. 182) menciona que a SC é “(...) um mecanismo para preservar *standards* de qualidade e segurança dos cuidados”, ao mesmo tempo que proporciona a “(...) melhoria contínua da qualidade”. Para Hyrkäs e Lethi (2003), os efeitos de supervisão clínica na qualidade do atendimento são um aspeto fundamental na melhoria da qualidade em saúde.

A SC surge estreitamente associada ao processo de acompanhamento das práticas profissionais, sendo indubitável a contribuição dos programas de melhoria da qualidade organizacional, reconhecidos oficialmente pelo IQS em parceria com o *King's Fund Health Quality Service*. Este último, nas suas normas, contém variados critérios que aludem expressamente à SC (Matos, 2010; Garrido, 2004). Também o modelo da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* apresenta *standards* elaborados que estão direcionados para áreas exclusivas da saúde e que permitem uma avaliação da segurança dos cuidados, bem como da aceitação por parte dos utilizadores (Dias, 2010). Como reforço do *supra* citado, Schyve (2009) acrescenta que as instituições de acreditação de saúde abarcam, nas suas normas, diferentes critérios que mencionam a SC. Esta tem como objetivo ajudar os profissionais a desenvolverem competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional de forma a prestarem cuidados de qualidade. Nesta perspetiva, visa-se assegurar que as necessidades dos clientes estão a ser satisfeitas, bem como realçar a eficácia das intervenções terapêuticas (Garrido, 2004).

Sem dúvida que um processo de gestão da qualidade numa organização de saúde passa por diversos itens, tais como: a satisfação dos clientes, o envolvimento, empenho e motivação dos profissionais, todos eles elementos essenciais no sucesso da qualidade.

Para Nunes e Rego (2002, p. 115), “(...) só profissionais altamente motivados se envolvem na relação clínica, subjetiva por excelência, de acordo com a sua diferenciação técnico-profissional, mas com elevado sentido de responsabilidade”. Abreu (2007) refere que a supervisão clínica não é mais do que um processo de desenvolvimento, que dá ênfase à relação supervisiva, com o objetivo de apoiar e proporcionar suporte. Acrescenta ainda que a reflexão é uma competência fundamental e tácita na atividade profissional, pelo que deve ser trabalhada pela supervisão. Parafraseando Walsh *et al.* (2003), a supervisão clínica em enfermagem é um instrumento fundamental no desenvolvimento da qualidade dos cuidados.

Cruz (2008, p. 112) afirma que já existe “(...) evidência científica que a supervisão clínica tem efeitos positivos a diferentes níveis, pelo que a sua adoção como estratégia de qualidade é cada vez mais urgente no nosso País”.

Fish e Twin (1997) acrescentam que a SC nos diversos grupos profissionais de saúde, dando maior relevo à reflexão sobre as suas práticas, ergue não só a sua satisfação profissional numa perspetiva psicopedagógica, como também, a satisfação dos clientes do sistema de saúde numa perspetiva organizacional.

O processo de SCE influencia a qualidade da prática dos cuidados, nomeadamente: a melhoria das competências, a formação profissional, o suporte ao profissional, o desenvolvimento das práticas e o desenvolvimento pessoal.

Arvidsson, Lofgren e Fridlund (2000), num estudo que desenvolveram na área da psiquiatria, envolvendo enfermeiros, analisaram a forma como estes encaram a SC e a sua influência na competência profissional. Após análise dos resultados, conjugaram quatro ideias centrais relacionadas com a ligação entre supervisão clínica e qualidade dos cuidados: i) contributo para a melhoria da satisfação profissional; ii) conhecimentos baseados na evidência e aumento das competências; iii) sensação de maior segurança em situações de prestação de cuidados; iv) sentimento de aumento de desenvolvimento pessoal. No estudo, os enfermeiros referiram que onde antes imperava o *stress* e outros conflitos que colocavam em risco a prestação de cuidados de qualidade, a supervisão clínica possibilitou a troca de experiências, bem como o acréscimo de conhecimentos, levando à melhoria da autoconfiança, a uma abordagem mais holística do cliente e, conseqüentemente, a uma prestação de cuidados com melhor qualidade.

Smith e Cottrell (2005) salientam que, independentemente do modelo aplicado, do contexto e do processo desenvolvido, a SCE tem como fim último garantir a qualidade das práticas, onde é evidente a influência da realidade organizacional. Cutcliffe (2001) refere que, apesar da maioria dos estudos demonstrarem as mais-valias da SC no aumento da satisfação dos profissionais face ao ambiente de trabalho, na redução do *stress* e nas metodologias de supervisão, também é visível a melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Garrido, Pires e Simões (2008) aludem a um estudo efetuado por Pires, em 2004, onde é visível a influência da organização nos processos supervisivos e a sua ligação a programas da melhoria da qualidade. Para os autores e, de acordo com Pires (2004), as “(...) mudanças introduzidas pela implementação do programa de acreditação da qualidade condicionaram, positivamente, os aspetos logísticos e a própria organização dos serviços, produzindo, também, melhorias a nível das práticas de orientação e supervisão”(Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 97).

A SC “(...) transmite a noção de responsabilidade profissional e de proteção dos utentes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas”(Garrido, 2004, p. 35).

Neste contexto, a SCE é vista como uma estratégia essencial na ajuda à concretização dos padrões de qualidade, pela função de acompanhamento e suporte que fornece, mas também pela motivação, com o intuito de promover nos enfermeiros o desenvolvimento das suas competências, tendo em conta as suas preocupações e necessidades enquanto profissionais, mas também as necessidades do contexto em que se inserem. Os processos de supervisão conjuntamente com as políticas de promoção da qualidade em saúde permitem atingir um objetivo comum que é a satisfação dos clientes face aos cuidados prestados.

1.3. Importância da Instituição e dos Gestores de Serviço na Supervisão

Longe vão os tempos em que se defendia a teoria da administração científica de Frederick Taylor, cuja base assentava na repartição de responsabilidades, em que à administração competia o planeamento das tarefas, dos métodos de produção e a supervisão do processo produtivo e aos operários competia a execução pura e simples do trabalho. Hoje, definir a missão de uma organização é uma tarefa difícil, dolorosa e arriscada, pois esta implica estabelecer políticas, desenvolver estratégias, concentrar recursos e desenvolver o trabalho. Só dessa forma se consegue uma gestão capaz e que vise o desempenho de qualidade.

No cenário atual, vêm ocorrendo mudanças cada vez mais dinâmicas no local de trabalho, na sociedade, e sobretudo nas organizações de saúde. Todas estas mudanças advêm dos novos modos de administrar, como a gestão da qualidade, com o interesse cada vez maior com a entrada da acreditação e certificação, a qual tem sido, muitas vezes, condição *sine qua non* de sobrevivência das instituições.

Atualmente, espera-se das instituições um enfoque no envolvimento de todos os seus colaboradores no que concerne à definição de estratégias que visem a sua missão, visão, valores e objetivos organizacionais. Um novo desafio emerge: da indispensabilidade de controlar os custos, melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, bem como otimizar a gestão (Garrido, 2004).

Ao longo da história, as organizações de saúde foram administradas em concordância com os modelos de gestão politicamente definidos, situação esta que se modificou com a evolução

natural da sociedade. A reorganização do sistema de saúde moveu-se no sentido dos Hospitais-Empresa, o que conduziu a mudanças ao nível dos modelos de gestão, de financiamento e do controlo de custos.

Cutcliffe e Proctor (1998) pensam que nem sempre a estrutura e a cultura dos serviços nacionais de saúde facilitam a implementação de novos projetos. Neste sentido, é imperioso analisar o comprometimento dos gestores a este nível, principalmente se pensarmos que a SCE contribui, não só para ajudar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, bem como o desenvolvimento da organização e, em primeiro lugar, dos clientes. Trata-se de uma premissa que se encontra nas prioridades de qualquer gestor de uma instituição de saúde.

Atualmente, os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões (Campos, Carneiro e Saturno, 2002, cit. por MS, 2010a). Aos enfermeiros-chefes/gestores compete a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço (Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro), devendo despertar e motivar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades dos clientes.

Para Ceitil (2001), estamos a assistir a um novo paradigma da chefia, que tem subjacente a ideia que chefiar não é apenas “mandar e controlar” mas, também, comunicar, envolver, motivar e influenciar positivamente o comportamento das pessoas. As organizações passam a delegar nas chefias uma parte das responsabilidades pela resolução dos problemas da gestão intermédia, incluindo a gestão quotidiana das equipas profissionais, a gestão dos conflitos e a avaliação do mérito do desempenho profissional.

Bertrand e Guillemet (1994, p. 193) definem gestão como “(...) a arte da acção eficaz”. O gestor tem de ser capaz de conduzir, num dado contexto, um grupo de pessoas que, trabalhando em conjunto, devem atingir objetivos relacionados com a missão da organização (Frederico e Leitão, 1999).

Uma das áreas mais estudadas na gestão é o tipo de gestão efetuado. De facto, o tipo de gestão desenvolvido tem demonstrado desempenhar uma forte influência na vida quotidiana das pessoas que trabalham na organização, constituindo-se um importante fator de estudo. A especificidade e interesse das ações do gestor são fundamentais para a eficácia da organização mas, também, para perceber a evolução dos modelos tradicionais para outros com novas perspetivas de abordagem, onde se incluem os processos de supervisão.

Uma das mais conseguidas distinções entre gestão e liderança foi proposta por Bennis e Nanus (1985), citados por Neves (2001, p. 395), que referem que “(...) gerir consiste em realizar, em assumir responsabilidades, em comandar; liderar consiste em exercer uma

influência, em guiar, em orientar. Aqueles que gerem, a quem chamamos gestores, sabem o que devem fazer, aqueles que lideram, a quem chamamos líderes, sabem o que é necessário fazer”.

Estas primeiras reflexões desmentem categoricamente as pessoas que frequentemente utilizam os conceitos de gestor, chefe e líder como se fossem sinónimos, o que não é rigorosamente verdade.

O termo liderança surge, assim, como um “(...) processo de exercer influência sobre uma pessoa ou um grupo de pessoas que se esforçam por alcançar o seu objetivo em situações determinadas”(Souza *et al.*, 2013, p. 282). Um líder é encarado como uma pessoa que concebe novas ideias, estimula o entusiasmo para realizar o trabalho e consegue que as pessoas efetuem esse trabalho porque são estimuladas a fazer o melhor. O líder é um agente de modificação; são pessoas cujos atos afetam outras pessoas.

Moraes (2012, p. 78) refere que:

A liderança é alguma coisa parecida com a beleza: difícil de definir, mas que a reconhecemos quando a vemos (Bennis, 1898); e apresenta um conjunto de ingredientes básicos que os líderes parecem partilhar na totalidade ou em parte: paixão (gostar do que faz e de o fazer); integridade (é a base da confiança, auto-conhecimento e maturidade); curiosidade e audácia, assim como aprender. Mas não há receita de cozinha para fazer bons líderes.

O que se verifica é que muitos profissionais, além do exercício formal da chefia, adquirem a capacidade de desenvolver e aperfeiçoar uma extraordinária competência: inspiram confiança nos colaboradores e levam-nos a seguir os objetivos e desafios propostos pelas organizações em contextos instáveis e complexos. Competência essa que é habitualmente designada por liderança.

No momento presente, a *performance* das organizações depende não só da estratégia escolhida pelos líderes, mas também, da forma como estes gerem os seus recursos humanos.

A capacidade de motivarem, formarem, desenvolverem e avaliarem o desempenho dos subordinados permite-lhes não apenas fazer uma distribuição mais equitativa das recompensas mas, também, melhorar o desempenho no sentido da excelência (Cunha, 2008).

Atualmente, existe uma discussão crescente em torno da liderança em enfermagem. Esta surge associada à capacidade para liderar, sendo essencial a preparação para a tomada de decisão nos serviços e para articular o serviço prestado à comunidade com o exigido pela instituição. O líder é essencial para mediar os interesses das equipas de prestadores de cuidados, elaborar e adequar os projetos à realidade do contexto, potenciando o trabalho em equipa e a cooperação (Higa e Trevizan, 2005).

Covey (cit. por Malagutti e Caetano, 2009, p. 97) refere que “Liderar é comunicar às pessoas o seu valor e o seu potencial de forma tão clara que elas acabam por vê-las em si

mesmas”. Encara-se assim a liderança como um processo de encorajamento e ajuda ao outro, de modo a trabalhar de forma entusiástica, na direção dos seus objetivos e da organização. Certamente que uma organização sem liderança seria apenas e somente uma confusão de pessoas e máquinas.

Souza *et al.* (2013) e Faria (2007) consideram que o líder deve ser dotado de determinadas características, tais como: comunicação eficaz, compromisso, responsabilidade, saber ouvir, credibilidade, confiança, capacidade de resolução de atividades e de situações complicadas e, ainda, um bom relacionamento interpessoal. Santos e Castro (2008, p. 735), concordam com esta ideia, acrescentando que:

A liderança contribui para que o envolvimento, satisfação e motivação transformem a atividade profissional dos membros da equipe de enfermagem numa atividade prazerosa, pois a jornada de trabalho e a remuneração são fatores relevantes para o descontentamento dos profissionais.

Segundo Davel e Machado (2001), o centro do relacionamento entre o líder e o subordinado é acionado pelo poder, cognição e emoção. O equilíbrio desses fatores é aumentado em função da liderança, não por um processo norteador pela dominação, mas essencialmente pela negociação dos limites possíveis entre os desejos individuais e os objetivos organizacionais, o que determina o consentimento e torna legítima a atuação do líder.

Para Santos e Castro (2008), a liderança surge como um elemento fundamental no desenvolvimento de ações relacionadas com a competência e habilidade do líder, assim como no estabelecimento de uma comunicação eficaz e no desenvolvimento de ações diretivas com o objetivo de promover a participação e envolvimento de todos os intervenientes no alcance de metas pessoais e profissionais.

A confiança e a credibilidade são também duas características importantes do líder, pois modelam o seu acesso ao conhecimento e à cooperação por parte da equipa. A conquista da confiança dos subordinados surge como um desafio, uma vez que se desenvolve com base na idoneidade da relação. A ética e a transparência também constituem, neste processo, dois fatores importantes para o estabelecimento de uma relação honesta entre os intervenientes (Vendemiatti *et al.*, 2010; Davel e Machado, 2001). Neste tipo de liderança, a conduta do líder propicia um reflexo no desempenho do grupo, uma vez que este grupo se espelha num modelo que acredita ou que percebe o que é necessário para a execução das suas práticas. O líder é a pessoa mais capaz de canalizar a atenção dos envolvidos e dirigi-la para ideais comuns, empenhando-se no sentido de aproximar e ajustar interesses grupais e individuais em concordância com os objetivos comuns.

No processo de liderança é inevitável que o líder tenha uma preocupação constante com a atualização do conhecimento e com a partilha deste com todos os liderados, fator crucial que lhe permitirá alcançar os objetivos da SC. É também necessário empenho e compromisso por parte do supervisor, do supervisionado e da instituição envolvida, proporcionando uma estrutura, um espaço e um tempo específicos para o processo supervisivo (Proctor, 1986).

Portanto, nos momentos atuais, faz todo o sentido falar-se de líderes, ao invés de chefes e gestores.

Malagutti e Caetano (2009) referem que um enfermeiro líder deve ter competência para atuar em conflitos, negociar, dialogar, sugerir e alcançar mudanças, enfrentar problemas, com estratégias que o aproximem do cliente e da equipa, contribuindo para a qualidade dos cuidados. Acrescem ainda outras características essenciais como: controlo da impulsividade, persistência, motivação, empatia, zelo, criatividade, inovação, habilidades sociais e resistência psicológica, intuição, emoção, capacidade de se relacionar e de se manter atualizado.

2. IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Tal como no conceito, não se reconhece um consenso universal face aos modelos de SCE. Alguns autores têm vindo a considerar que os modelos existentes ainda não foram testados empiricamente, pelo que falham essencialmente na sua fundamentação teórica.

Abreu (2007, p. 190) afirma que um modelo pode ser compreendido como “(...) uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento”. Este deve permitir estruturar e descrever para onde vamos, como vamos e como pode ser usado no decorrer da ação (Garrido, Simões e Pires, 2008). Butterworth *et al.* (1996) e Hyrkäs (2002, cit. por Cruz, 2008) dizem que não existe nenhum modelo de supervisão que consiga lidar com a multiplicidade das necessidades clínicas em enfermagem.

2.1. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

Foi a partir de 1990 que vários autores introduziram diferentes modelos de SCE (Cruz, 2008). Uma vez que os modelos devem ser específicos e adequados ao domínio da enfermagem (Butterworth *et al.*, 1996), não é apropriada a sua importação de contextos distintos dos da saúde, pois podem influenciar a sua eficácia e eficiência (Faugier, 1994). Por conseguinte, para que os modelos tenham sucesso na sua implementação, devem permitir alcançar os objetivos a que se propõem: devem ser adequados ao contexto, devem privilegiar a relação supervisaiva, devem visar o *feedback* e o suporte contínuo, bem como, devem permitir o desenvolvimento de técnicas que permitam a avaliação do processo com vista à introdução de reformulações periódicas (Cottrell e Smith, 2005; Bond e Holland, 1998).

Da pesquisa por nós efetuada acerca da SC, sobressaem vários aspetos relacionados com: a exploração do conceito, a importância do processo superviso, o efeito e a relevância dos contextos nos modelos, as estratégias usadas, mas também, a preocupação de se realizarem estudos que comprovem todos estes fatores. Muita da investigação até agora efetuada foi realizada nos EUA, o que limita a extensão das suas conclusões a outros países, nomeadamente a nível Europeu, em que a abordagem supervisiva é claramente distinta (Caro, 1996, cit. por Ooijen, 2000).

Nos últimos vinte anos têm surgido diversos modelos de SCE, entre os quais podemos destacar os de: Nicklin (1997), Butterworth (1996), Johns (1993), Jones (1992), Hawkins e Shohet (1989) e Proctor (1986). De forma geral, em todos eles, podemos identificar a existência de dois pressupostos de base: o reconhecimento da profissão como ciência e o reconhecimento de que os profissionais se confrontam na sua prática diária com situações potencialmente agressivas para a sua própria integridade psicológica (Abreu, 2002). Tal como qualquer ciência que se orienta em função do bem-estar dos outros é necessário que, primariamente, deva ser dada atenção às dimensões do profissional, identificando as áreas em que este necessita de suporte (científico e/ou emocional).

No que se refere à diversidade dos modelos de SCE, esta reflete a panóplia de áreas clínicas existentes na enfermagem e da sua organização (Butterworth, 1996). Como é óbvio, a organização da prática clínica num internamento hospitalar e numa unidade de cuidados de saúde primários é obrigatoriamente distinta, facto que condiciona o modelo de SC adotado. Contudo, já existem estudos que exploram não só os diversos modelos existentes mas também as estratégias que cada um utiliza dentro do modelo adotado (Jones, 1998, 1999; Platt-Koch, 1986).

Brocklehurst (1994, cit. por Abreu, 2001) é um dos autores que nos seus escritos salienta a existência de um conjunto de aspetos comuns à generalidade dos modelos de SCE. De facto, a SCE envolve um conjunto de inquietações que se articulam no decorrer da prática de cuidados: segurança e qualidade das práticas, suporte, encorajamento e desenvolvimento de competências. Nesse sentido, o processo de SCE requer um conjunto de estruturas e procedimentos próprios, no âmbito dos quais importa realçar: a formação dos supervisores, a articulação com as dimensões organizacionais e a elaboração de documentos de referência. Para o autor, o êxito deste processo está dependente da qualidade da relação estabelecida entre o supervisor e o supervisionado.

Embora a generalidade dos modelos confira especial atenção às características do supervisor, na prática estas nem sempre são consideradas (Sloan, 1998). No entanto, alguns autores como Catmur (1995) salienta a importância das características do supervisor para o

sucesso deste processo, salientando: as capacidades de comunicação, as competências de ajuda e os conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) acrescentam que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se, eles próprios, para serem supervisionados, para além de: possuírem uma preparação específica, terem capacidades formativas, serem elementos promotores do desenvolvimento das práticas clínicas e serem eleitos pelos supervisionados, serem capazes de utilizar os resultados das pesquisas.

Devido ao facto de na enfermagem se verificar a existência de uma grande variedade no trabalho desenvolvido, essencialmente devida às diversas áreas em que a prática de cuidados é aprofundada, parece-nos que a existência de um único modelo de supervisão seria redutor, pois poderia não abranger, de forma eficaz, todos os profissionais nos diferentes contextos. Bernard e Goodyear (1998, p. 15) acrescentam que “Without theory or a conceptual model one does not really understand the process of supervision”.

Hyrkäs (2002) foi um dos autores que tentou agrupar os vários modelos de SC existentes, propondo quatro categorias:

i) Centrados no desenvolvimento – Estes modelos, cuja conceção é essencialmente desenvolvimentalista, focalizam-se na vertente educacional da supervisão. A sua utilidade deve-se essencialmente à variedade de conhecimentos que existe entre enfermeiros, podendo ser considerado como um modelo de supervisão-orientação. O papel do supervisor consiste em ajudar no crescimento e propiciar o suporte adequado para a prática clínica (Ooijen, 2000). Os modelos propostos por Faugier (1992) e Friedman e Marr (1995) reúnem esta perspetiva.

ii) Centrados nas funções da supervisão clínica – Estes modelos centram-se na organização e nas funções da SC, tendo como focos de atenção a orientação fornecida e o conteúdo abordado nas sessões de supervisão. Cottrell e Smith (2005) asseguram que este constitui-se como um modelo essencial para a SC, visto ser aplicável a todas as áreas da profissão. Os modelos mais descritos neste âmbito são o de Paunonen (1999) e Proctor (1986), (cit. por Hyrkäs, 2002). Ambos os modelos têm como focos a garantia da qualidade dos serviços de saúde e o desenvolvimento pessoal do supervisionado, com o intuito de aumentar a motivação e melhorar as práticas (Hyrkäs, 2002).

iii) Centrados na relação de supervisão clínica – Estes modelos estão direccionados para a relação supervisiva (Garrido, Simões e Pires, 2008). Entre outros, nesta categoria destaca-se o modelo adotado por Heron (1990), modelo este que, mais tarde, foi adaptado por Cutcliffe e Epling (1997), Farrington (1995) e Severinsson (2001).

iv) Centrados na relação com os doentes – Nestes modelos a supervisão visa os cuidados ao cliente. Ekstein e Wallerstein (1872) e Hawkins e Shohet (1996) foram os autores que se destacaram neste modelo (Hyrkäs, 2002).

Sloan e Watson (2002) referem que o modelo defendido por Proctor tem sido o que apresenta mais aceitabilidade, influência e aplicabilidade por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente na enfermagem médico-cirúrgica. Abreu (2007) concorda com Bowles e Young (1999), no que se refere à existência de um modelo preponderante na enfermagem. Acrescenta ainda, que esse modelo deve assentar sobre o proposto por Proctor, nomeadamente nas suas funções: formativa, restaurativa e normativa, uma vez que estes se apresentam como elementos necessários, nomeadamente a nível dos processos e resultados. Garrido (2004) acrescenta que o modelo de Proctor teve grande alcance e influência dentro da enfermagem, por ser um modelo adaptável em qualquer área da profissão.

Tendo em conta a certificação de competências a OE (2010) define um modelo de supervisão no âmbito da Prática Tutelada em Enfermagem (PTE). Neste modelo, é realçada a importância do papel do supervisor, que se sustenta na capacidade de reconhecer e de agir em função da centralidade do papel e da ação do supervisionado. O modelo proposto pela OE assenta numa perspetiva construtivista-reflexiva de matriz ecológica, que valoriza na sua complexidade e unicidade, o supervisionado e a relação que estabelece com o contexto específico.

O regime da PTE do modelo de SC proposto pela OE aplica-se em dois momentos: aos processos de introdução à prática profissional (EPT), para atribuição do título de enfermeiro e aos processos de transição para o novo perfil de competências (DPT) para atribuição do título de especialista. Para isso, é necessário que os contextos da prática clínica possuam idoneidade formativa previamente reconhecida e acreditada pela OE, baseada num referencial que parte dos instrumentos reguladores da profissão, designadamente, nos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem. Nesse modelo, é ainda visível, a existência de supervisores clínicos que se assumem como um critério para a acreditação da idoneidade formativa do contexto para a prática tutelada.

Do exposto, podemos inferir que em todos os modelos de supervisão estão subjacentes a existência de processos de reflexão sobre as práticas, nomeadamente em três aspetos fundamentais: garantir apoio ao enfermeiro na sua prática, promover o desenvolvimento profissional e pessoal e promover cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Pelo facto de poderem existir várias modalidades de supervisão clínica, a adoção de um modelo flexível e adequado ao contexto parece-nos ser o mais apropriado.

A NHS Leicestershire refere que a “Choice of model is a matter of personal preference but all encompass aspects of personal and professional support, education, development and training with a quality assurance/ patient safety function”(2011, p. 7). Acresce que a escolha do modelo de supervisão provirá não só do tamanho do grupo, como também da história dos diversos elementos que o constituem e da própria organização, visto que os diferentes modelos requerem desigual disponibilização de tempo. No entanto, o tempo que exige e os conflitos interpessoais podem constituir-se como obstáculos na implementação e desenvolvimento de modelos de SCE.

Abreu (2003) refere-se à estratégia de implementação do processo supervisivo e relação supervisor/supervisado, defendendo que essa relação deve ser de um para um. Outros autores defendem que essa relação pode incluir a formação de grupos, existindo alguma diversidade no que concerne ao número que deve englobar cada grupo (Sloan, 1999; Bernard e Goodyear, 1998; Jones, 1998; Kohner, 1994).

Butterworth e Faugier (1992) descrevem um modelo menos ameaçador, onde os intervenientes poderão refletir nas experiências juntos, no entanto, como estão no mesmo nível, o desenvolvimento profissional verificado é escasso. Segundo Bernard e Goodyear (1998), os modelos de supervisão clínica devem ir ao encontro de dois tipos de intervenção: supervisão em grupo e supervisão individual. Winstanley (2001, cit. por Cutcliffe *et al.*, 2001) acrescenta que se tem constatado, por investigações na área, que a supervisão *one-to-one* presenteia melhores índices de êxito do que a que é praticada em grupos, independentemente do número de elementos desse grupo. Acrescenta ainda que o único problema está relacionado com aspetos de gestão de recursos humanos, pois, o supervisionado pode ter de descontinuar o seu trabalho para reuniões periódicas. Este esquema ajuda as organizações, pois permite que os trabalhadores tenham tempos reduzidos de práticas para se envolverem mais no processo supervisivo.

Em relação à frequência e duração das sessões também não existe consenso. Adams (1991) diz que estas devem ser semanais, com duração de aproximadamente duas horas; por sua vez, Dudley e Butterworth (1994), referem que deveriam decorrer de oito em oito semanas, isto é, aproximadamente com um intervalo de dois meses e com a duração de uma hora e trinta minutos. Também as orientações utilizadas como forma estruturante das sessões de supervisão podem oscilar (Sloan, 1999).

Pires (2004, p. 58) sustenta a ideia que: “(...) nenhum modelo é melhor do que o outro”. O modelo tem como pressuposto proporcionar referências objetivas para a tomada de decisão em contexto. Assim sendo, cada modelo só pode ser considerado o mais adequado mediante o contexto organizacional e profissional em que se insere e, de preferência, no seu desenho

devem ser tidas em conta não só as condições mas também os interesses dos vários intervenientes no processo.

2.2. Que Dificuldades na Implementação?

Todas as instituições, independentemente da sua dimensão, são lugares difíceis para a introdução de novas iniciativas, mudanças ou projetos. As instituições encontram-se num estado de mudança infindável, pelo que a inserção de novos pressupostos pode-se tornar ainda mais assustador (Waskett, 2010).

Não nos podemos esquecer que os hospitais são geridos, essencialmente, através de administrações hierárquicas verticais, com pequeno espaço de manobra para a descentralização de tarefas e responsabilidades administrativas nos enfermeiros, não sendo de esperar que aconteçam mudanças significativas num cenário de introdução da SCE. Os constrangimentos financeiros e a limitação dos recursos humanos assumem-se como um obstáculo para a implementação da SC (Munson, 2002).

Nos últimos anos, a SCE tem vindo a ser sustentada como um elemento fundamental da prática profissional em enfermagem. Contudo, é visível a existência de um interesse, por parte da comunidade científica, sobre a importância da SC para a melhoria da prática profissional e valorização da enfermagem enquanto profissão. “A implementação tem sido vista como crucial para uma introdução à supervisão clínica bem-sucedida. Apesar da sua importância pouca é a literatura disponível para guiar este processo”(Lynch e Happell, 2008, p. 73).

O êxito da implementação de estruturas de SCE em qualquer serviço de saúde provém da criação de uma cultura de supervisão clínica, cultura esta que se encontra frequentemente relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os participantes na implementação do modelo de SC.

Todos estes processos têm custos, tal como a SC. Mas se estes custos forem espelhados na contenção da doença, na melhoria da eficiência e aumento da qualidade dos cuidados, bem como na diminuição de erros e reclamações e num acréscimo motivacional dos profissionais abrangidos, os mesmos são completamente explicáveis (Nicklin, 1997 cit. por Abreu, 2007). Assim os “(...) cuidados de saúde de fraca qualidade provocam um número substancial de eventos adversos com um sério impacto financeiro nas despesas com os cuidados de saúde”(ICN, 2007, p. 69).

Na mesma linha de pensamento, Hyrkäs *et al.* (2001) referem que as organizações de saúde deveriam incluir a SCE, visto que esta traz determinadas vantagens: melhoria na racionalização dos custos e nos cuidados aos clientes, acréscimo de conhecimento nos enfermeiros, melhoria dos cuidados prestados, satisfação dos clientes e redução do número de reclamações quanto aos cuidados prestados. A estas vantagens Bradshaw *et al.* (2007) acrescentam a diminuição do *stress* ligado à redução dos dias de internamento, naturalmente devida à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Há que apostar na SCE como caminho para a qualidade, sobretudo quando no momento atual existe oportunidade para o desenvolvimento da disciplina e da qualidade da prática profissional (Nunes, 2009). Embora alguns resultados da investigação tenham vindo a mostrar ganhos na qualidade dos cuidados, Butterworth *et al.* (2008) alertam para as barreiras que se colocam à implementação da SCE, contribuindo para tal a pouca evidência existente entre a sua utilização e os benefícios para os clientes, assim como o facto de, por vezes, esta ser considerada por alguns enfermeiros supervisionados como uma obrigação.

A implementação da SC pode também ser vista como um elemento crítico no estabelecimento de uma prática segura e responsável. Daí que seja fundamental que os profissionais e os gestores de enfermagem percebam e se envolvam no desenvolvimento da SC nas instituições de saúde (Butterworth, 1996).

Ainda hoje o termo “supervisão” suscita alguma apreensão por parte dos profissionais, uma vez que traz associada a ideia de inspeção e revisão do trabalho mediante políticas e protocolos pré-definidos e em que o supervisor pode identificar procedimentos mal efetuados.

O supervisor deve conhecer e dar atenção a todos os supervisionados, estimulando-os e motivando-os individualmente para que vençam as suas expectativas pessoais, facultando o auxílio e orientações necessárias, ao mesmo tempo que lhes imprime as atitudes apropriadas, o interesse e bons hábitos.

A oposição dos enfermeiros à implementação de um processo supervisivo provém da resistência à mudança, de algo que certamente gerará alterações significativas na vida pessoal e profissional de cada um. Por tudo isto, o formato de como a SC é sugerida, exposta, implementada, bem como avaliada, é fulcral para a sua verdadeira eficiência. Cruz (2008-2010) chama a atenção para a importância do processo abranger todos os participantes, supervisor/supervisionado/instituição, tornando esta relação tripartida, impulsionando o desempenho esperado por todos os intervenientes. Pretende-se com isto atenuar o sentimento de fiscalização ou de imposição durante a implementação do modelo e, acima de tudo, valorizar a opinião dos enfermeiros, na expectativa de que estes se sintam envolvidos no processo. A motivação é, sem dúvida, também um fator importante nos trajetos de mudança,

pelo que todos os enfermeiros serão abrangidos na implementação da SCE e no seu desenvolvimento (Waskett, 2010).

Thomas e Reid (1995) lembram que os obstáculos na implementação da SC não devem ser descurados, expondo três dificuldades capitais: i) a falta de indivíduos treinados como supervisores; ii) a escassez de uma estrutura supervisiva assente no papel do supervisor; iii) o aumento da carga de trabalho dos enfermeiros. Estes três fatores levam a que a maioria das vezes a SC seja abandonada e renunciada.

Como forma de minimizar estes problemas, a maioria das vezes as instituições elegem como enfermeiro supervisor o responsável pelos serviços, decisão esta que importa várias discordâncias. Como expõe Cutcliffe (2001 cit. por Garrido, 2004), o supervisor deve coadjuvar na confiança de quem carece de apoio nas práticas, não devendo, por isso, ser designado pela organização.

Alarcão e Tavares (2003, p. 58) referem que o supervisor deve ser entendido:

(...) como alguém, com mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, um profissional que adopta uma relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável.

Koivu; Hyrkäs e Saarinen (2011) expõem duas barreiras para a implementação da SC: a barreira organizacional e a barreira pessoal. A primeira inclui os conflitos profissionais e políticos, a falta de entendimento e também os incómodos do tempo/recursos, designadamente os turnos rotativos/desgastantes. A barreira pessoal reconhece nos enfermeiros envolvidos as emoções, o medo de mudança, a carência de confiança e de conhecimentos baseados na evidência, que irrefletidamente se integram na prática, ou mesmo a falta de competências, além do desconhecimento em relação à SC e seus objetivos.

Gifford *et al.* (2002) acrescentam que um dos obstáculos frequentemente apresentados prende-se com a contenção de custos, que na maioria das vezes leva as organizações a reduzir o trabalho e a corrigir as suas expectativas no aumento de produtividade, socorrendo-se de medidas de eficiência. Segundo os mesmos autores, por vezes as estratégias podem até economizar os custos de mão-de-obra, no entanto, a médio prazo, revelam-se prejudiciais para as organizações. Os efeitos da desvinculação de um enfermeiro refletem-se nos restantes, fomentando um aumento da carga de trabalho para os demais e a perda de profissionais experientes. Esta situação, como referem Robertson e Dowd (1996), citados por Gifford *et al.* (2002), pode diminuir a satisfação no trabalho e aumentar o *burnout*, podendo ainda diminuir a qualidade dos cuidados prestados devido a cargas de trabalho elevadas e a baixa de profissionais experientes. Consequentemente, origina um aumento do número de

reclamações, mais erros são cometidos e o efeito negativo no doente pode tornar-se mais caro, direta e indiretamente do que com a implementação de SCE, a qual visa a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, bem como a diminuição de *stress* e *burnout*, proporcionando uma maior satisfação laboral (Hartz, 1989).

Rogan (2009) reporta como dificuldade para a implementação a falta de motivação e de disponibilidade consequentes da sobrecarga de trabalho e o cansaço emocional e mental dos enfermeiros. São referenciados ainda outros fatores mais relacionados com as questões de ordem cognitiva como a capacidade do supervisor em providenciar um *feedback* construtivo, ter competências de orientação e capacidade para formar um ambiente de aprendizagem saudável (Moseley e Davies, 2008).

Na mesma linha de pensamento, Waskett (2009) refere que a implementação de um modelo de SC sem o suporte da instituição e sem uma cultura efetiva de SC acarreta uma maior probabilidade de insucesso do processo.

Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja (2006) e Edwards *et al.* (2006), referem que a implementação cobre-se de limitações ligadas ao supervisor, ao supervisionado e à organização que os integra, tornando-se essencial que as práticas supervisivas sejam moldadas aos contextos, às práticas dominantes e à própria cultura organizacional, para que as alterações a introduzir ajudem no sucesso do processo de supervisão (Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2011).

Munson (2002) refere os argumentos usados na SC e reitera que com frequência os atores não têm noção dos custos envolvidos na relação supervisiva, pelo que a falta de planeamento, os atrasos, as sessões canceladas, a comunicação pouco pertinente e a especulação clínica tornam o processo caro e injustificável. Na opinião do autor, este é um argumento fraudulento muito utilizado pelas administrações de cariz burocrático, mas negado pelos estudos recentes, já que os custos conseguidos através da eliminação da supervisão são mínimos quando comparados com os da produtividade acrescida que se consegue através da implementação dessa mesma supervisão.

Como nos refere Abreu (2002), o desafio da aplicação da SCE emerge no contexto da qualidade, ponderação sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas. Tal reflete-se sobre as exigências atuais ao nível dos padrões de qualidade, pelos quais muitas instituições de saúde se governam, pelo que pode dizer-se que para a eficiência contínua na sua implementação, a SCE pode ser adotada como uma forma de promover a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados aos clientes.

Os enfermeiros devem perceber os períodos de SCE como momentos de aprendizagem, momentos de crescimento profissional e também pessoal, não podendo ser associados a

períodos de perda de tempo nem tão-pouco devem ser vistos como coação para efetuar a supervisão, ao invés de se prestarem cuidados de enfermagem aos clientes.

O processo de supervisão dá relevo à comunicação entre os supervisados e o supervisor. Logo, a comunicação deve ser clara e inequívoca, conduzida numa atmosfera benéfica para que a mesma ocorra sem intercessões (Waskett, 2010). Da parte do supervisor, a firmeza, a determinação e a capacidade comunicacional são elementos que devem estar presentes ao longo da relação supervisiva. Só assim as estratégias são implementadas de forma atempada e adaptadas às necessidades de acompanhamento do enfermeiro (Belo, 2003, cit. por Borges, 2010).

Outro princípio basilar da SC corresponde à urgência de desenvolvimento de competências e habilidades na área da reflexão como forma de atenuar a falha entre a teoria e a prática verificada na prestação dos cuidados. Isto faz salientar que é através da reflexão que os profissionais podem adaptar cada intervenção à necessidade de cuidados reconhecida. A SC também permite gerir a dualidade cuidar do cliente ou família e acompanhar o desenvolvimento do supervisado (Waskett, 2009).

Outro senão é sem dúvida a elevada carga de trabalho ou a escassez de tempo para a prestação de cuidados, sendo que a reflexão “nos” e “sobre” os cuidados é resumida ou aplicada em segundo plano (Waskett, 2010 e Butterworth, 1996).

Não se pode também desprezar a ideia de que a mudança da organização da carreira e, consequentemente, da posição ocupada pelos enfermeiros no setor da saúde fez com que fosse atribuída maior responsabilidade às equipas de enfermagem no atendimento dos seus clientes (Hancox *et al.*, 2004). A indispensabilidade de um apoio mais efetivo entre os enfermeiros, nos tempos de hesitação em que vivemos, a necessidade de aumentar a autoconfiança e diminuir o *stress* e tensão sentidas pelos profissionais surge no contexto de mudança dos serviços. Isto está claramente relacionado com o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, com consequente amplificação da responsabilidade, levando ao aumento da necessidade de formação das equipas e ao empoderamento de papéis de maior complexidade e exigência.

White e Winstanley (2009) acrescentam que o processo de implementação tem de ser visto como progressivo e simultaneamente contínuo, onde os pontos fortes e fracos de determinado sistema são constantemente reconhecidos e postos em causa.

Como vimos, a SCE é um processo que apresenta resultados positivos a médio e longo prazo, contudo, devido à elevada instabilidade dos recursos humanos na saúde, as administrações dos hospitais têm-se mostrado mais predispostas a continuar a investir na

formação técnica, cujos resultados imediatos na eficiência profissional são mais facilmente visíveis, do que em estimular e melhorar o desenvolvimento profissional consistente e prolongado.

A avaliação e a monitorização do processo de implementação emergem na última etapa, onde se poderão identificar quais os elementos que não se adequaram ao contexto, e que, por isso, deverão ser eliminados do mesmo. Por exemplo, a satisfação dos profissionais e a desmotivação podem ser elementos importantes. Assim sendo, é essencial que os departamentos encarregados pelas auditorias e avaliação do processo de SC saibam quais os instrumentos de recolha de dados que têm à sua disposição (Waskett, 2009). Esta etapa possibilita um reajuste da implementação do modelo, substituindo os elementos menos positivos por outros mais adequados. Avaliar não é mais do que comparar realidades; igualar os resultados que se colheram com as expectativas que se projetaram. A comparação deve ser eficaz para que os efeitos da correção possam ser introduzidos e produzir o efeito pretendido (Chiavenato, 2000).

2.3. O Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Adotado

As instituições de saúde são organizações complexas com impacto significativo na prestação dos cuidados de saúde e cuja importância não fica limitada às fronteiras da saúde, comprometendo de forma distinta os domínios económico e social.

É sobejamente conhecido que as organizações de saúde enfrentam desafios complexos. As alterações verificadas a nível das populações, a mudança dos padrões do tipo de doenças, as novas tecnologia, conhecimentos médicos e de intervenção cirúrgica, a instabilidade dos recursos humanos, os diferentes mecanismos de financiamento, bem como as expectativas públicas e políticas implicam, sem dúvida, uma reorganização do sistema de gestão de saúde.

Em 2010 o MS (2010c, p. 9), refere que se torna crucial na governação das instituições de saúde assumir “Políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde”, verificando-se, assim, a necessidade da reestruturação das instituições, tendo sempre como objetivo máximo “(...) encontrar soluções para identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos cidadãos”(MS, 2010c, p. 9).

Uma das soluções, várias vezes referida desde que se iniciou o processo de certificação e acreditação da qualidade das organizações de saúde, é a supervisão clínica. Neste momento, o CHMA também se encontra em processo de acreditação pela *Caspe Healthcare Knowledge*

Systems Ltd. Para Waskett (2009), introduzir um esquema de supervisão é simples e prático, colaborativo e eficaz, e quando existe uma estrutura segura, torna-se compreensível e fácil de usar.

De acordo com o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, o CHMA constitui um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que resulta da reorganização da rede hospitalar e é composto por dois hospitais: Hospital Conde de São Bento, situado em Santo Tirso e o Hospital S. João de Deus E.P.E., situado em Famalicão (MS, CHMA, s.d.).

Este tem como missão:

- i) Fornecer cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, empenhando-se na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um grau de qualidade, efetividade e eficiência elevadas;
- ii) Promoção da saúde, prevenção da doença, do ensino e da investigação, nos termos que vierem a ser convencionados;
- iii) Investigação e desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde (MS, CHMA, s.d.).

De forma a alcançar a sua missão, o CHMA criou condições para o desenvolvimento e a aplicação de um modelo de SCE, numa versão teste que pretendia, através das dificuldades expressas pelos seus intervenientes, responder aos requisitos da atividade profissional dos enfermeiros (Cruz, 2008-2010).

“Os modelos de supervisão clínica são diversos, pelo que certamente seria crítica e *quijá* pouco proveitosa a “importação” *per si* de algum deles. Dificilmente se adequariam às nossas instituições de saúde e à realidade a elas subjacente”(Cruz, 2008-2010, p. 1).

Waskett (2009) refere a importância de introduzir um modelo de supervisão, simples e prático, com cariz colaborativo, eficaz e estruturado por um processo simples para que os profissionais o empreguem. Não menos importante é a possibilidade de este modelo de SC poder ser usado de forma continuada. Já em 1998, Bond e Holland apresentaram um guia para a implementação da SC onde expuseram diversas etapas: definição do conceito, educação, formação e treino, tanto dos enfermeiros supervisores como dos supervisionados e por último, o aperfeiçoamento de um quadro de acompanhamento, avaliação e apoio para os profissionais (Lynch e Happell, 2008).

O reconhecimento de um modelo adequado emerge como uma das primeiras etapas a percorrer ao longo da implementação de um modelo de SCE. Apesar da diversidade de modelos disponíveis na literatura e das constantes explicações das suas vantagens, a adoção de um modelo de supervisão deve ser uma etapa percorrida com precaução. O investigador

deve procurar o modelo que melhor se adapte à realidade em estudo (Chilvers e Ramsey, 2009).

O modelo de SC adotado no CHMA partiu de um estudo no âmbito de um doutoramento realizado no Centro Hospitalar. Da investigação exploratória, descritiva e longitudinal que tinha como objetivo selecionar o modelo que melhor se adequasse à especificidade do contexto e dos profissionais, resultou o modelo, com a designação: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado - MSCEC (Cruz, 2008-2010).

Um modelo de SC deve ser entendido como uma matriz ou estrutura que incorpora um conjunto de conceitos, que vai auxiliar o processo superviso. Dando destaque às funções do supervisor e do supervisionado, Sloan e Watson (2002) alertam que é nos intervenientes que se deve concentrar a atenção. Bond e Holland (1998, cit. por Abreu, 2007) salientam que a SCE deve ter em consideração o contexto onde decorrem as práticas.

O modelo aplicado no CHMA, isto é, o MSCEC, tem como atores principais os enfermeiros, pois como Cruz (2008 – 2010, p.1) refere, os:

Enfermeiros têm um papel fundamental no seio das equipas de saúde, não só pelo foco do seu exercício profissional mas também pela natureza das funções que desempenham dado serem os profissionais que mais tempo passam com os clientes; logo os que maior oportunidade têm de participar nos projectos de saúde de cada um. Neste sentido e porque a relevância das decisões que os Enfermeiros tomam face aos seus clientes é de tal forma colossal, que negligenciar ou ocultar, os efeitos positivos da supervisão clínica, é um erro grave que não se pode cometer. Note-se que este grupo profissional necessita de apoio e de suporte contínuo na sua prática.

Edwards *et al.* (2005) afirmam que a aplicação de um modelo de SC está largamente aceite como um pré requisito essencial para os cuidados de enfermagem de qualidade.

O modelo instituído no CHMA tem como objetivos:

1. *Desenvolver competências no âmbito da SCE;*
2. *Reflectir sobre a adopção da SCE como estratégia prioritária para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;*
3. *Analisar o papel da SCE na promoção da segurança dos clientes, na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento de competências dos Enfermeiros;*
4. *Desenvolver estratégias para a criação de uma “cultura de supervisão clínica de pares”;*
5. *Reflectir sobre a importância da formação em espaços de ensino e nos contextos das práticas* (Cruz, 2008-2010, p. 2).

Não podemos, no entanto, deixar de referir que a supervisão clínica deverá assentar numa cultura de aprendizagem contínua ao longo de todo o processo superviso.

Como refere Cutcliffe e Proctor (1998 cit. por Hancox *et al.*, 2004, p. 199):

A SC é uma habilidade específica, a supervisão clínica vai para além das habilidades interpessoais básicas, e tem em si um conjunto único de habilidades próprias. Consequentemente há uma necessidade de treino específico para a SC. Ainda não estão

estabelecidos padrões mínimos de qualidade e nem sequer uma definição comumente aceite do que constitui a formação para a SC.

DoH (2000) e Sealy (2006) indicam que a SC assenta essencialmente em três pontos: i) o acompanhamento dos enfermeiros nas suas práticas clínicas e o aperfeiçoamento nos cuidados prestados melhora os níveis de satisfação dos clientes; ii) a modificação da filosofia do cuidar, através da adoção de cuidados centrados nas necessidades dos clientes; iii) a utilização da reflexão, que permite a identificação dos défices nas práticas dos enfermeiros e o correto acompanhamento de modo a diminuir situações de *stress*.

Fragata (2010) identifica alguns fatores que considera serem preponderantes na *performance* dos enfermeiros, tais como a organização, o contexto e os cuidados.

Para facilitar a implementação do modelo, devido à sua diversidade, foram utilizadas várias estratégias:

- O CHMA proporcionar formação e dar apoio a todos os supervisores e supervisados que integrem o estudo;
- Em horário de supervisão, o enfermeiro supervisor clínico deverá preferencialmente só realizar supervisão;
- Os enfermeiros supervisores e supervisados devem partilhar integralmente o processo de supervisão;
- Os profissionais envolvidos deverão observar a SC como uma mais-valia para si, para os clientes e para a Instituição;
- Na implementação do processo de SC devem ser certificados os rácios adequados dos enfermeiros, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados aos clientes;
- O enfermeiro supervisor deve fazer parte integrante da equipa de prestação de cuidados, para conhecer bem a dinâmica institucional, a realidade do serviço, bem como os elementos que vai supervisionar, na medida em que só assim contribuirá efetivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, o crescimento e desenvolvimento da equipa;
- O rácio enfermeiro supervisor/enfermeiro supervisionado deve ser 1/10 – 12, tal como a literatura preconiza;
- Têm que existir sessões formais de supervisão clínica de acordo com o planeamento efetuado;
- O processo de supervisão (objetivos/atividades) será sujeito a avaliação (Cruz, 2008-2010).

Como Waskett (2009) refere, não se poderá trabalhar na implementação de um modelo de SC sem o apoio da instituição e sem uma cultura efetiva de SC. Os modelos de supervisão têm maior êxito se cuidadosamente planeados, em que cada passo é dado na sequência de outro.

Chilvers e Ramsey (2009) referem ainda que a seleção do enfermeiro supervisor é uma das etapas cruciais para o sucesso do processo. Aditam também que o cálculo do número de enfermeiros supervisores a envolver na implementação de um modelo deve basear-se no número de supervisados onde se pretende implementar o modelo de SC. A formação e educação, tanto do supervisor, como do supervisado também são consideradas componentes essenciais na implementação do modelo, pois são uma garantia para o sucesso (Lynch e Happell, 2008).

Por tudo isto, aquando da implementação do MSCEC, Cruz (2008-2010) delineou critérios para a seleção do supervisor, bem como as obrigações do supervisado. Estes assinaram um contrato de aceitação de participação no processo. Foi também determinado que o rácio supervisor/supervisado deveria ser de 1:10 ou de 1:12, pertencendo ambos ao mesmo serviço. Deliberaram também que deveriam existir três diferentes formas de SC: a supervisão direta, a supervisão indireta e a supervisão *on-line*.

Os critérios para a seleção do enfermeiro supervisor foram: ser um perito na prestação de cuidados; ter formação pós-graduada, preferencialmente na área da SCE; ter uma relação jurídica de emprego estável; ter experiência profissional como enfermeiro de pelo menos quatro anos; ter experiência no serviço de pelo menos dois anos; contribuir para a gestão do serviço; ter experiência nos processos formativos (orientação de estudantes e integração de pares); ser reconhecido pelos pares; ser ponderado, assertivo, portador de capacidade de reflexão crítica do seu trabalho e do dos outros; estabelecer relações de confiança e estar efetivamente presente na equipa.

Por sua vez, o supervisado devia: conseguir traçar/identificar/enumerar objetivos gerais e específicos/parcelares para o período de supervisão; ser capaz de identificar áreas a melhorar; transmitir as suas expectativas acerca da supervisão; preparar as sessões de supervisão; identificar os conteúdos formais de cada sessão; usar a supervisão como oportunidade de dizer e alterar comportamentos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; incentivar a uma reflexão crítica da sua prática clínica; rentabilizar as sessões de supervisão para ter aconselhamento, suporte ou mesmo resposta às questões que o perturbam; aceitar as sugestões expostas pelo supervisor, como forma de crescimento pessoal e profissional; ter conhecimento do cronograma com a frequência das sessões formais de supervisão; refletir e analisar a sua evolução.

Cross, Moore e Ockerb (2012) afirmam que os supervisados após a implementação da SC reconhecem com maior facilidade situações de conflito ou momentos em que a sua capacidade de resposta ultrapassa os seus limites, pelo que leva ao desenvolvimento de

sentimentos de autorrespeito, autoestima, autoconfiança e independência, ajudando a integração e o desenvolvimento de novos profissionais.

White e Winstanley (2009) reiteram que é de extrema importância para a melhoria da implementação do modelo a entrega aos formandos, numa fase inicial, de uma lista para leitura prévia, que tenha os conceitos básicos de SC. Chilvers e Ramsey (2009) consideram ainda que os cursos/formações devem conter exercícios práticos de casos clínicos para que os enfermeiros supervisores aprendam como estes devem ser apresentados aos supervisados nas sessões de SC. Girling *et al.* (2009) aludem a que o plano de treino e educação das figuras centrais do processo de SC deve estar baseado em três dimensões: habilidade, experiência e interatividade.

Por vezes, os enfermeiros sentem-se “perdidos”, sem diretrizes ou regras que possam orientar a sua função. Assim, a concetualização e formalização de protocolos ou diretrizes que operacionalizem a SCE assumem-se como uma oportunidade para transpor esses défices (Charleston e Happell, 2005). Esta situação já foi defendida por Cutcliff (1998), evidenciando a importância de publicação de *guidelines* de intervenção que contenham não só as mais-valias da implementação da SCE, mas também padrões de atuação e responsabilidades do supervisor e supervisado.

Como anteriormente apresentado, todo este processo atravessou várias fases. O seu iniciou data 2008, não obstante o MSCEC apenas foi implementado no ano 2012.

Para terminar, gostaríamos de salientar, tal como sucede em qualquer investigação, que a avaliação dos seus resultados e a consecução dos objetivos propostos é essencial para o entendimento da importância do projeto de supervisão clínica e para explicar a sua implementação. Assim sendo, um dos princípios para a aplicação dos processos de SCE passa por expor um plano de ação assente nos resultados que se ambicionam atingir. Estes resultados dependerão dos padrões inicialmente propostos. Obviamente, que a monitorização e avaliação ininterruptas do processo de supervisão e dos seus resultados na prática, são fatores indispensáveis para o sucesso da estrutura de SCE.

Parafraseando Abreu (2003), a supervisão clínica em enfermagem é um campo de ação e de saber multifacetado, que tem uma relação direta com a aprendizagem e o progresso de competências por parte dos enfermeiros, bem como com a segurança dos clientes e com a qualidade dos cuidados prestados. Para culminar, e citando Garrido, Pires e Simões (2008, p. 98), sem dúvida que:

(...) urge criar as condições adequadas, para implementar políticas, bem definidas, de supervisão clínica, nas nossas organizações de saúde, em todas as áreas profissionais e, em particular, em enfermagem, dado que estes contextos constituem espaços privilegiados de formação de profissionais de saúde, inclusivamente de enfermeiros.

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A investigação possibilita o estudo de fenómenos com o intuito de levar à obtenção de respostas para questões precisas. Assim sendo, para a elaboração de um estudo é elementar a adoção de uma metodologia de trabalho científica e sistemática, que ajude na sua perceção. Fortin (2009, p. 4) confirma, reiterando que a investigação científica “(...) constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” e apresentar-se como sendo um processo rigoroso e sistemático que se baseia “(...) em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos”

Fortin refere ainda que a opção pela metodologia a usar vai depender quer do problema formulado pelo investigador quer pela direção que este pretende dar ao seu trabalho em função dos objetivos delineados. “A metodologia é, pois, uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa; nela, toda questão técnica implica uma discussão teórica”(Martins, 2004, p. 291).

Na escolha do método devem ser tidos em conta os resultados que advirão da sua escolha e utilização, na medida em que estes nos aproximam ou afastam da realidade a estudar. Qual deles será o mais útil ou adequado para a nossa investigação? Sabe-se, à partida que, quer a abordagem quantitativa, quer a abordagem qualitativa apresentam naturezas distintas. Importará, então, ao iniciar o processo de investigação inquirir sobre a natureza do objeto e dos problemas a investigar, de forma a podermos escolher melhor os caminhos metodológicos a seguir.

A investigação quantitativa apresenta como objetivos a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação mostra-se geralmente apropriado quando existe a possibilidade de recolha de dados facilmente observáveis e quantificáveis, os quais permitem confirmar ou infirmar as variáveis e retirar as inferências a partir da amostra de uma população.

A investigação qualitativa, ao inverso da investigação quantitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Este tipo de investigação é indutivo e descritivo, na medida em que o investigador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a

partir de padrões encontrados nos dados, em vez de recolher dados para comprovar modelos, teorias ou verificar hipóteses. Embora este método seja menos estruturado, proporciona uma relação mais extensa e flexível entre o investigador e os participantes no estudo. O investigador é, portanto, mais sensível ao contexto. Isto significa que, ao contrário dos métodos quantitativos, os investigadores trabalham com a subjetividade, com as possibilidades quase infinitas de exploração que a riqueza dos detalhes pode proporcionar.

Este tipo de investigação contempla uma visão holística, dado que as situações e os indivíduos são vistos como um todo.

1.1. Pertinência do Estudo

A qualidade em saúde é hoje, um aspeto incontornável em toda a política de saúde, constituindo uma preocupação para a maioria das instituições de saúde. Ela refere-se, fundamentalmente, às competências dos profissionais, às atividades desenvolvidas, aos resultados dos desempenhos e aos recursos utilizados. Como é óbvio, nas organizações de saúde, o processo de gestão da qualidade passa, indubitavelmente, pela satisfação dos clientes mas, também, pelo envolvimento e satisfação dos profissionais acerca das suas práticas.

Nunes e Rego (2002) referem que só os profissionais altamente motivados são capazes de se envolver na relação clínica; salientam ainda que, quanto maior for a sua diferenciação técnico-profissional, mais elevado é o sentido de responsabilidade. Para estes autores, o envolvimento pressupõe respeito pelas competências individuais dos colaboradores e a implementação de conceitos e estratégias inovadoras. De facto, a supervisão clínica está relacionada com a segurança e com as relações profissionais produtivas (Jones, 2003) e os seus efeitos na qualidade dos cuidados são um dos aspetos fundamentais na melhoria contínua da qualidade (Hyrkäs e Lehti, 2003), sendo definidos como área prioritária pela OMS.

Na procura da excelência dos cuidados de enfermagem, a SCE apresenta-se como um instrumento indispensável pelo seu contributo na construção de um caminho firme em direção à obtenção da qualidade da prática profissional. Nesse sentido, ela também é indispensável para o desenvolvimento pessoal, profissional e humano, para os quais é fundamental a reflexão e experiência.

Driscoll (2000) enfatiza que é de extrema importância avaliar e abordar a cultura da organização. Acrescenta que a implementação de um modelo de SCE é considerado um processo gradual e contínuo, onde os pontos fortes e fracos de uma cultura devem ser

sistematicamente abordados e identificados em conformidade. Para o autor, o desejo de implementar a supervisão clínica não é um ingrediente suficiente para o sucesso.

A competência técnica, o brio profissional e as normas de boa prática já largamente utilizadas são um bom princípio mas, por si só, não garantem a qualidade organizacional nem a conformidade do serviço; é necessário que os procedimentos organizacionais inerentes à gestão da qualidade sejam convenientemente estabelecidos, documentados, compreendidos e mantidos (...). Promover a qualidade implica igualmente construir uma prática mais racional, estruturada, integrada e funcional, baseada na melhoria dos processos, aprofundamento das estratégias e reforço da relação (Christo, 2001 cit. por Abreu, 2007, p. 200-201).

A realização deste estudo prende-se com o facto de existir pouca evidência acerca da área em questão – implementação de modelos de SCE em Portugal, havendo ainda muitos aspetos por explorar nomeadamente, a satisfação e as vantagens que estes podem trazer quer para o contexto, quer para a enfermagem enquanto profissão.

O interesse pela temática é, de certa forma, contigua à discussão recente no que concerne à SCE e à necessidade sentida pelas organizações na implementação do MDP, sendo também, estimulada pela maior consciência que estes processos podem ter na melhoria da segurança e qualidade em saúde.

Cientes que um modelo de SCE deve ser sempre adaptado às características e necessidades do contexto e atores envolvidos, o modelo implementado no CHMA apresenta-se como um desafio, com vantagens para a organização e profissionais envolvidos.

Porque se acredita que os resultados obtidos poderão constituir um forte contributo não só para a instituição envolvida como também para o conhecimento da temática na enfermagem, propôs-se a elaboração deste estudo centrado na implementação de MSCEC, segundo a perspectiva dos enfermeiros gestores.

1.2. Tipo de Estudo

Para a produção de uma investigação é fundamental que se defina o tipo de estudo. Scarparo *et al.* (2012) afirmam que na elaboração de uma investigação não existem métodos e/ou técnicas de pesquisa ideais, devendo sim recorrer-se aos que são mais ajustados ao problema em estudo, a cada situação, a cada investigação, ao objeto a estudar e ainda ao referencial teórico e objetivos delineados. Martins (2004) corrobora esta ideia, referindo que o uso de uma metodologia ou de outra provirá do tipo de problema constituído e dos objetivos

da investigação. O mesmo acresce que a pesquisa qualitativa privilegia a análise de micro processos, através do estudo de ações sociais individuais e grupais.

Turato (2005, p. 507) refere que se tem “(...) deparado, de modo crescente, com interesses e com realizações de pesquisas qualitativas no campo da saúde”. Nos estudos das ciências humanas aplicados à saúde, a metodologia qualitativa é muito utilizada, uma vez que permite, não só aquilatar o fenómeno em si, mas compreender a sua interpretação individual ou coletiva. Torna-se, portanto, imprescindível explorar os fenómenos de modo a compreender corretamente a sua influência e representações na vida das pessoas.

Morse e Field (cit. por Turato, 2005, p. 509) caracterizam os métodos qualitativos como: “Indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo; usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenómeno ou a um *setting*”. Não obstante, se há uma característica que constitui a marca distinta dos métodos qualitativos, ela é a flexibilidade, particularmente quanto às técnicas de colheita de dados, incorporando aquelas que melhor se moldam à observação que está a ser feita (Martins, 2004).

Fortin (2009) menciona que a metodologia qualitativa incorpora o paradigma naturalista, ou interpretativo, estando ligado a uma conceção holística do estudo em seres humanos. “Os estudos qualitativos têm como objetivos principais descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de uma significação a esta mesma experiência”(Brink, 1998, cit. por Fortin, 2009, p. 290).

Tendo em conta os pressupostos da OE, o conhecimento acerca do fenómeno, a finalidade e objetivos do mesmo, pareceu-nos apropriada a adoção de uma metodologia do tipo qualitativa. Nesse sentido, optámos por um estudo descritivo, de cariz exploratório.

O desenho descritivo ajudou-nos na identificação das características do fenómeno, e permitiu descrevê-lo e defini-lo com pormenor (Fortin, 2009). “Quando o estudo é de carácter descritivo o que se busca é o entendimento do fenómeno como um todo, na sua complexidade, é possível que uma análise qualitativa seja a mais indicada”(Godoy, 1995, p. 63). Tornou-se, assim, importante adquirir informações pormenorizadas acerca das características dos fenómeno que nos permitiram, desse modo, evidenciar o impacto na implementação do MSCEC.

1.3. Finalidade e Objetivos do Estudo

A definição da finalidade e dos objetivos em estudo leva, forçosamente, à explicação do propósito do tema em investigação. Fortin (2009, p. 327) refere que “O objectivo determina ao mesmo tempo a orientação da investigação e o tipo de estudo a empreender”.

O MSCEC pretende ser um contributo quer para a promoção da segurança dos clientes e consequente qualidade dos cuidados, como também, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Pretende-se assim, identificar as áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, que constituirão indicadores da qualidade, e serão alvo de atenção na prática dos enfermeiros, com reflexo na sua qualidade. Contribuir para o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados são, assim, a finalidade da implementação do MSCEC.

Este estudo pretende compreender o impacto da implementação do MSCEC no CHMA de modo a perceber o seu contributo na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a DGS (MS, 2010a) documenta a carência de uma abordagem mais complementada na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança dos clientes, abarcando a promoção da cadeia de valor em saúde, as etapas de melhoria incessante da qualidade bem como o desenvolvimento profissional e institucional. A nível organizacional, é exposto que as instituições devem apresentar políticas de qualidade, estratégias e processos de promoção da qualidade, segurança, identificação e correção de erros, devendo ser estimulado o trabalho de equipa, a liderança, a formação, a divisão de tarefas e a supervisão, a restrição de longos períodos de trabalho e a precaução do *burnout*.

O CHMA tem como objetivos da instituição: i) a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e em tempo adequado; ii) o incremento da eficácia técnica e de eficiência, no que se refere ao desenvolvimento económico e financeiro sustentável; e, por último, iii) a implementação e expansão de áreas de diferenciação e de referência nos cuidados de saúde (MS, CHMA, sd).

Para Quivy (2008), os objetivos são definidos com o intuito de auxiliar o investigador na abordagem do objeto em estudo, de forma a descobrir indícios e ideias de reflexão bastante esclarecedoras e orientadoras para a investigação. Assim sendo, e estando já projetada a finalidade do estudo, torna-se necessária a estruturação dos objetivos. Foram, então, delineados os seguintes objetivos:

- i) Avaliar a satisfação do enfermeiro responsável pela gestão da unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados com a implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- ii) Identificar os fatores facilitadores e inibidores envolvidos na implementação do Modelo de Supervisão Clínica;
- iii) Identificar os contributos da implementação do MSCEC na segurança e qualidade dos cuidados.

Pretendemos, desta forma, fornecer novos dados na área de SC, nomeadamente no que se refere às mais-valias da implementação de um MSC que promova a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. O desenvolvimento desta temática vai para além do gosto e interesse pessoal na área da SCE; ela prende-se com o facto de ainda não se encontrar devidamente investigado e fundamentado na literatura portuguesa.

1.4. Questões Orientadoras

Toda a investigação tem início a partir de uma questão. “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema em estudo que se deseja examinar (...) tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe”(Fortin, 2009, p. 72). Em qualquer investigação, o tipo de questões constituídas definem em certo modo a metodologia a utilizar, delineando o âmbito do estudo, podendo ser de carácter descritivo, explicativo ou preditivo.

“Com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação”(Quivy, 2008, p. 44).

As questões orientadoras têm como função nortear toda a organização da recolha de dados, com o intuito de dar resposta aos objetivos do estudo.

Tendo em conta a questão de investigação: “Qual o impacto da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado no Centro Hospitalar do Médio Ave?”, delineou-se para este estudo as seguintes questões orientadoras:

- i) Qual a satisfação dos enfermeiros responsáveis pela gestão da unidade de saúde relativamente à implementação do MSCEC no CHMA?
- ii) Qual a satisfação dos enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados relativamente à implementação do MSCEC no CHMA?
- iii) Que fatores contribuíram para a implementação do MSCEC no CHMA?

- iv) Quais são os fatores inibidores na implementação do MSCEC no CHMA?
- v) Quais são os contributos do modelo para a segurança e qualidade dos cuidados?

1.5. Contexto e Participantes do Estudo

Como referimos na introdução deste trabalho, o estudo faz parte de um projeto mais alargado, baseado numa investigação-ação que tem por finalidade contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados através da implementação de um modelo de SC sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA.

O contexto onde decorreu o estudo apresenta algumas características com interesse para a compreensão do fenómeno, das quais destacamos: a formação em SCE de alguns enfermeiros, a valorização dos cuidados em determinadas áreas, de que são exemplos o autocuidado, o risco de queda, as competências parentais na amamentação e a realização prévia de um trabalho de doutoramento que consistiu na construção e implementação do modelo MSCEC.

Na sequência do desenvolvimento das etapas do projeto, esta investigação teve lugar no CHMA, nomeadamente em duas unidades hospitalares: o ex-Hospital Conde São Bento, designado atualmente como Unidade de Santo Tirso (UST), e o ex-Hospital São João de Deus, atual Unidade de Vila Nova de Famalicão (UVNF).

O CHMA foi constituído em 2007 e serve uma área geográfica abrangida pelos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão. De acordo com a legislação em vigor, neste hospital existem diversos serviços de internamento diferenciados mas em apenas dois deles foi implementado o MSCEC: serviço de obstetrícia na UVNF e serviço de medicina na UST.

Na sequência do nosso estudo, cuja finalidade era analisar o impacto da implementação do modelo de supervisão clínica, definimos como participantes os enfermeiros gestores das unidades de cuidados e os enfermeiros gestores da instituição. Nesse sentido, delineou-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro gestor da unidade saúde ou responsável pela unidade de cuidados, ter a experiência da implementação ou conhecer o MSCEC.

Obtivemos um total de seis elementos: quatro gestores de unidades e dois gestores da instituição. Da constituição dos participantes fizeram parte os dois enfermeiros gestores da unidade de saúde envolvidos na implementação do processo e, ainda, quatro gestores das unidades de cuidados. Desses quatro gestores dois vivenciaram a implementação do MSCEC (enfermeiro responsável pelo serviço de medicina e enfermeiro responsável pelo serviço de obstetrícia, bloco de partos e consulta externa II) e dois que apesar de pertencerem ao Centro

Hospitalar não vivenciaram a sua implementação (enfermeiro responsável pelo serviço de urgência e hospital dia de oncologia e enfermeiro responsável pelo serviço de consulta externa e hospital dia). Os enfermeiros gestores das unidades de cuidados que não vivenciaram o processo de implementação do MSCEC foram selecionados aleatoriamente de entre os restantes tendo como pressuposto a diversidade cultural existente na instituição (um pertencente à unidade de Santo Tirso e outro à de Famalicão). Uma vez que a implementação do MSCEC era um objetivo institucional, a seleção destes participantes permitiu perceber qual o verdadeiro impacto da sua implementação a nível da organização através da comparação de opiniões.

Os nossos participantes são: quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino; no que se refere à categoria profissional, todos os participantes gestores têm a categoria profissional de enfermeiro especialista; relativamente à formação em supervisão clínica, apenas dois elementos a possuem.

A investigação qualitativa aponta para a seleção de participantes que apresentem características específicas e que permitam atender e explorar o fenómeno em estudo. A decisão do número de participantes não pode ser baseado em avaliações estatísticas, como na avaliação quantitativa; ele apenas deve permitir atingir o objetivo do estudo pelo que o seu número é, geralmente, pequeno.

1.6. Instrumento e Procedimento de Recolha de Dados

Na investigação qualitativa, os instrumentos utilizados para a recolha de dados devem ter em conta as “(...) características do desenho, dos participantes, do investigador das etapas de colheita, da análise e da interpretação”(Fortin, 2009, p. 298). Maioritariamente, na investigação qualitativa, a observação e as entrevistas são os métodos de eleição. As entrevistas podem ser classificadas em: estruturada, não estruturada e semiestruturada, sendo que esta última combina determinados aspetos das anteriores, para além de ser a mais utilizada pelos investigadores qualitativos.

Para Campos, Fontanella e Turato (2006, p. 4), “As entrevistas qualitativas têm que produzir dados a fim de realizar, pelo menos, quatro importantes funções que deveriam desenvolver os modelos teóricos, nomeadamente: os resultados iniciam, reformulam, redireccionam e clareiam teorias”.

O investigador recorre à entrevista semiestruturada quando pretende obter informações acerca de um tema em particular. Esta permite exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões, tendo por objetivo entender o ponto de vista do entrevistado. Segundo Fortin (2009), a entrevista semiestruturada é utilizada quando o investigador pretende compreender o significado de um fenómeno ou acontecimento vivido pelos participantes.

Considerando o objetivo do estudo e, de modo a apoiar a investigação nos testemunhos dos participantes, optou-se pela realização de entrevistas. Estas, apesar de requererem muito tempo, permitiram explorar os sentimentos e perceções dos participantes. Um dos principais motivos pelo qual se optou por esta técnica, reside no facto de ser mais fácil para os participantes falar do que organizar o seu pensamento e transmitir a informação por escrito.

Apesar da entrevista poder parecer um processo simples e familiar de recolha de informação, o seu curso não foi tão simplista assim. Foi preocupação central optar pelo tipo de entrevista que melhor respondesse à finalidade do estudo e, ao mesmo tempo, que fosse adequada à natureza das pessoas a entrevistar. Assim, para a realização da entrevista foi construído um guião (Anexo I) que teve por base possibilitar a obtenção de dados acerca da experiência dos gestores sobre a implementação do MSCEC.

As questões que compõem o guião foram pensadas pelo investigador de forma a terem um carácter flexível que permitisse, a cada um dos participantes, a livre expressão dos seus pontos de vista, perceções e opiniões sobre o assunto, independentemente da formação em SC.

A entrevista encontra-se dividida em seis blocos que visam obter informações relativamente a três aspetos essenciais: satisfação com o modelo, aspetos facilitadores e inibidores na implementação do modelo e, por fim, aspetos a melhorar no modelo. Todas as entrevistas foram presenciais, em local e hora combinado, segundo a disponibilidade dos participantes.

Atendendo a que o elemento base da entrevista é a questão, esta deve ser desenvolvida de forma cuidadosa, facto que exigiu revisões e adaptações da linguagem ao contexto e aos participantes do estudo. Para isso, após a construção do guião da entrevista, foi realizado um pré-teste da mesma a duas enfermeiras gestoras de unidades do CHMA, que não fizeram parte do grupo de participantes. O objetivo principal era avaliar a eficácia e pertinência da entrevista e verificar os seguintes elementos:

- i) Se os termos utilizados e as questões eram facilmente compreensíveis e desprovidas de inequívocos;
- ii) Se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;
- iii) Se a entrevista não é muito longa e não provoca desinteresse ou irritação nos participantes.

Esta etapa afigurou-se como importante uma vez que permitiu prever a duração média das entrevistas, assim como desenvolver as habilidades técnicas do investigador. Após a realização das entrevistas optou-se por manter o conteúdo original do guião.

Ao longo da entrevista foi preocupação manter sempre uma atitude de disponibilidade e interesse, tendo sempre presente que não se pode usufruir da mesma intensidade com todos os participantes e que, mesmo uma má entrevista pode proporcionar informação útil.

A colheita de dados decorreu entre 27 de setembro de 2013 e 20 de novembro de 2013. Todas as entrevistas foram efetuadas pelo investigador, sendo alvo de gravação áudio e transcritas na íntegra. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 58 minutos.

1.7. Tratamento e Análise dos Dados

Independentemente do método de colheita usado, os dados resultantes da investigação não têm qualquer representação se não forem devidamente registados, analisados e interpretados.

Na metodologia qualitativa, uma das características mais definidoras está na heterodoxia da análise dos dados. Para Martins (2004, p. 292), esta variedade de material adquirido através de métodos de recolha de dados qualitativos, obriga o investigador a ter “(...) uma capacidade integrativa e analítica que, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma capacidade criativa e intuitiva”.

Neste estudo, optou-se por efetuar a análise de conteúdo recorrendo às fases defendidas por Bardin (2009). Segundo o autor, existem três fases fundamentais e consecutivas:

- i) Pré-análise (que corresponde à fase de organização dos dados);
- ii) Exploração do material (fase de codificação ou enumeração);
- iii) Tratamento e interpretação dos resultados.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas para o papel, optando por fazer o registo integral das narrativas e refletindo sobre o seu conteúdo, bem como, no clima estabelecido para que se pudesse melhorar na entrevista seguinte.

De modo a facilitar a codificação foi atribuído a cada entrevista realizada um número, de acordo com a ordem da sua realização (E001-E006). As entrevistas foram classificadas de forma a não se perderem as informações sinaléticas importantes para o trabalho colocando,

como já referimos, o código atribuído à entrevista, assim como, outros pontos de referência (data, local, hora de início e fim).

A transcrição integral do *verbatim* permitiu recuperar parte do ambiente, das hesitações perante os factos citados, da força expressiva com que os participantes abordaram as questões, o modo como foram capazes de se fazerem entender e o sentido das suas respostas.

A reunião de todo o material resultante das transcrições das entrevistas permitiu-nos construir o “corpus documental” da análise, o qual foi sujeito a várias “(...) leituras atentas e activas, várias leituras sucessivas, verticais, documento a documento, cada vez mais minuciosas, a fim de possibilitar uma inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia, conceitos mais utilizados”(Amado, 2000, p. 55).

A primeira leitura do *corpus* da análise possibilitou a construção de um esquema acerca das áreas temáticas que deram origem ao sistema de categorias. As categorias foram traçadas tendo como linha orientadora a questão de investigação e os objetivos definidos para o estudo.

Bardin (2009, p. 145) define categorização como sendo uma:

(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...) com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

Para a categorização seguimos os postulados defendidos por Vala (1986) e Bardin (2009). Segundo as orientações da autora, para a análise de conteúdo foi seguido um conjunto de operações mínimas:

- i) Foram delineados os objetivos e definido o quadro conceptual orientador da pesquisa;
- ii) Foi constituído o *corpus*;
- iii) Foram identificadas as categorias;
- iv) Foram identificadas as unidades de análise.

No processo de categorização atendeu-se às seguintes características:

- i) Exaustividade - todas as informações classificadas (unidades de análise) foram incluídas nas categorias consideradas;
- ii) Exclusividade - cada informação (unidade de análise) foi classificada como pertencente a uma única categoria;
- iii) Objetividade - foi atribuído um codificador diferente para cada uma das categorias;
- iv) Pertinência - as categorias estão relacionadas com os objetivos e com o conteúdo da informação (unidades de análise) que está a ser analisado.

A inclusão da unidade de análise numa categoria pressupôs a deteção de indicadores relativos a essa categoria. O que interessou ao investigador foram os conceitos, foi a passagem dos indicadores aos conceitos foi, portanto, uma operação de atribuição de sentido, cuja validade foi importante controlar.

Para a construção do sistema de categorias efetuou-se uma análise *a posteriori*. A elaboração de categorias *a posteriori* pareceu ser a mais adequada ao estudo uma vez que o quadro conceptual não orientava previamente para a elaboração das categorias. Sendo assim, elas resultaram de um trabalho exploratório sobre o *corpus*, o que permitiu através de ensaios sucessivos um sistema de categorias que revelou simultaneamente a problemática em estudo e as características concretas do material em análise.

Para a categorização, à medida que a leitura foi feita começou a desenvolver-se uma lista preliminar de categorias, através da escrita de possíveis códigos que iam surgindo. Procurou-se que cada categoria fosse composta por um termo chave que indicasse a significação central do conceito que se queria apreender.

Após a criação das categorias preliminares, foi-lhes atribuído um código constituído por uma abreviatura de três a quatro letras contidas na categoria de codificação. Das categorias inicialmente identificadas algumas foram modificadas, outras fizeram desenvolver novas categorias e subcategorias.

Após o desenvolvimento definitivo das categorias, percorreu-se todos os dados e marcou-se cada unidade de análise com a categoria de codificação apropriada, o que envolveu escrutinar cuidadosamente as frases e decidir a que código pertencia o material. Esta etapa envolveu tomar decisões respeitantes ao final de cada unidade e início de outra. Assim, procurou-se construir grupos de dados, através de um processo de separação, comparação, contrastação e encaixe das unidades de análise que integravam o *corpus* das entrevistas nas diferentes categorias estabelecidas.

O sistema de categorização final, que posteriormente se apresenta, resultou de leituras exaustivas e sucessivas das transcrições das entrevistas e traduz as sucessivas revisões e ajustes nas definidas na análise inicial do *corpus*.

De modo a garantir a validade da análise de conteúdo, analisou-se o mesmo material em dois momentos diferentes, onde foi reproduzida a primeira análise; também se recorreu a um juiz a quem se pediu que analisasse as unidades de análise da categorização das entrevistas efetuadas, tendo havido concordância na maioria das categorias e subcategorias identificadas.

1.8. Considerações Éticas

Visto que a investigação na área da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser aplicadas desde o início do trabalho. A ética está relacionada com a qualidade das técnicas de investigação, no que se refere ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo.

Na investigação científica, as preocupações éticas tornam-se importantes através da indispensabilidade de respeitar os direitos e princípios éticos, especialmente no que concerne à confidencialidade e ao princípio da beneficência (Fortin, 2009). Martins (2004) diz que a metodologia qualitativa é aquela que mais questões éticas levanta pela proximidade entre investigador e investigados.

No início da colheita de dados é importante proceder-se a diligências preliminares:

As comissões de ética da investigação são comissões profissionais encarregadas de avaliar se os projetos de investigação que lhe são submetidos respeitam os direitos humanos. São geralmente constituídas por equipas multidisciplinares que têm a competência e a independência necessárias para avaliar a ética dos projetos de investigação (Fortin, 2009, p. 199).

No sentido de dar resposta aos pressupostos éticos, em seis de dezembro de 2012, foi enviado o pedido de autorização para a colheita de dados, dirigido ao Conselho de Administração do CHMA, o qual veio a ser deferido a dezassete do mesmo mês (Anexo II).

O crescimento exponencial do número de investigações envolvendo pessoas impôs a criação de vários documentos e códigos de ética que não mais puderam ser ignorados. Estes códigos de ética determinaram, entre outros aspetos, a observância imperiosa de alguns aspetos fundamentais para a realização de uma investigação, que se concretizam do seguinte modo:

- i) Respeito pelo consentimento livre e esclarecido;
- ii) Respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais;
- iii) Respeito pela justiça e pela equidade;
- iv) O equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes.

Relativamente ao respeito pelo consentimento livre e esclarecido, antes da realização de cada entrevista foi fornecido a cada um dos participantes um documento com toda a informação relevante sobre o estudo (Anexo III), assim como um documento de consentimento informado (Anexo IV). Nele está explícito a voluntariedade para a participação

no estudo, assim como a possibilidade para desistência a qualquer momento. A totalidade dos participantes assinou voluntariamente o consentimento informado antes da realização de cada entrevista.

No respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais foi garantido aos participantes que todos os dados por eles fornecidos assim como todos os dados referentes à sua identificação seriam mantidos sob confidencialidade. Foi também assegurado que todos os dados seriam usados única e exclusivamente para fins desta investigação. Para isso, os entrevistados foram identificados ao longo do trabalho como E001, E002, E003, etc.

O respeito pela justiça e pela equidade foi também assegurado, sendo os participantes tratados de forma justa e igual, antes, durante e após a realização do estudo.

Relativamente ao equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, ao longo da investigação tentou-se sempre preservar o bem-estar dos entrevistados e o respeito do princípio da não maleficência, impedindo o incômodo e o prejuízo que possam decorrer da investigação em curso. Foram discutidas com os participantes as mais-valias da sua participação e a inexistência de riscos que dela possam advir.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se e analisam-se os dados relativos às perspetivas dos enfermeiros responsáveis pela gestão da unidade de saúde e das unidades de cuidados com a implementação do MSCEC.

Como já foi sendo referido, efetuámos a análise de conteúdo das entrevistas optando pela categorização *a posteriori*. Esta é uma fase importante do trabalho que consiste na seleção das unidades de registo e na definição das categorias e subcategorias a adotar. Assim, a descrição dos dados surgiu como o primeiro momento de comunicação do trabalho desenvolvido, sendo uma possibilidade excelente para propagar os resultados.

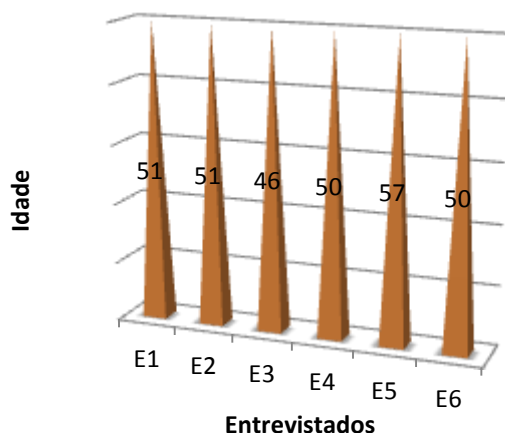
Segundo o paradigma qualitativo, na apresentação dos resultados não se está diante de uma exposição que envolve tabelas e quadros nem referência a frequências e percentagens das mesmas, mas sim de uma descrição com recurso a um texto explicativo que resume o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de registo (Bardin, 2009; Moraes, 1999).

Para a análise e discussão dos resultados, recorreu-se à opinião de diversos autores e ao uso “*intensivo*” de citações dos entrevistados. Esta exigiu algum tempo de reflexão acerca dos dados, facto que nos permitiu com o cuidado devido, obter resultados pertinentes e consistentes. De salientar, que a análise dos dados levou o investigador a comparar e a confrontar os resultados entre si, fazendo o paralelismo com os pressupostos teóricos e as evidências de estudos anteriores.

2.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

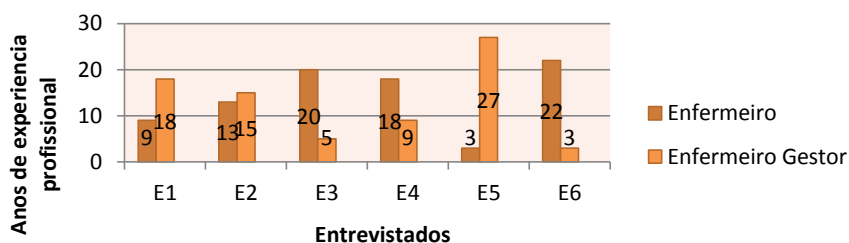
Os participantes do estudo são de ambos os sexos, sendo dois do sexo masculino e quatro do feminino. Têm idades compreendidas entre os 46 e os 57 anos, com uma média de idades de 50,8 anos (gráfico 1).

Gráfico 1: Idade dos Participantes



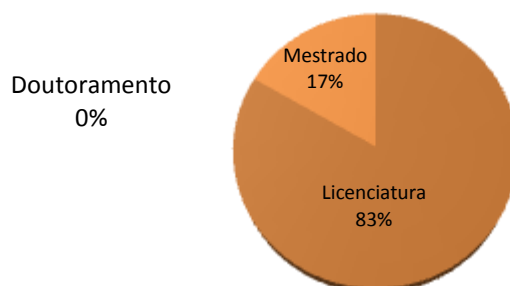
Os entrevistados desempenham funções como enfermeiro ou como enfermeiro especialista com um tempo na categoria que varia entre os três e os vinte e dois anos, apresentando uma média de 14,2 anos de tempo de serviço. No que concerne ao desempenho de funções no atual cargo, a idade varia entre os três e os vinte e sete anos, tendo como média os 12,8 anos (gráfico 2).

Gráfico 2: Tempo de Serviço na Função



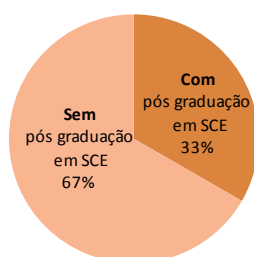
Quanto às habilitações académicas, cinco participantes são titulares de Licenciatura em Enfermagem, um tem o Mestrado e não existe nenhum com o Doutoramento (gráfico 3).

Gráfico 3: Habilitações Acadêmicas dos Participantes



Apenas dois entrevistados possuem formação graduada em supervisão clínica, nenhum dos outros (quatro) frequentou formação nesse âmbito, com exceção da formação inicial (formação em serviço) aquando da implementação do MSCEC, decorrente do trabalho de doutoramento desenvolvido no CHMA (gráfico 4).

Gráfico 4: Formação dos Enfermeiros Participantes em Supervisão Clínica em Enfermagem



Após a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, apresenta-se a análise e a discussão dos dados recolhidos. A informação recolhida foi organizada em categorias e subcategorias. As categorias identificadas foram:

- i) SCE;
- ii) Vantagens da SC;
- iii) Fatores facilitadores;
- iv) Fatores inibidores;
- v) Papel do enfermeiro gestor;
- vi) Papel do supervisor clínico;
- vii) MSCE;
- viii) MSCE em uso.

A apresentação e análise dos dados referentes a cada categoria e subcategoria encontram-se descritos ao longo dos próximos subcapítulos.

2.2. Supervisão Clínica em Enfermagem

Esta primeira categoria está associada às representações que os enfermeiros têm acerca da SCE e pretende concretizar a forma como os enfermeiros a concetualizam, analisam e qualificam. Após a análise do discurso dos enfermeiros, emergiu apenas uma categoria e uma subcategoria (quadro 1).

Quadro 1: Supervisão Clínica em Enfermagem

Categoria	Subcategoria
Supervisão clínica em enfermagem	Definição

Na evidência disponível encontram-se diversas definições para o conceito de SCE, e diversos modelos de supervisão com aplicação na enfermagem. O modelo de Proctor, *Supervision Alliance Model* (1986), apresenta-se como um dos mais conceituados no âmbito da enfermagem, cuja influência e credibilidade para a profissão é grande.

A sua utilização é muito advogada numa grande diversidade de contextos profissionais, com predomínio no contexto hospitalar (Sloan e Watson, 2002). Da análise do discurso dos participantes, salienta-se que a definição de SC para os entrevistados converge nas funções que são contempladas no modelo proposto por Proctor (1986). A função formativa, caracterizada pela sua natureza educacional, está ligada ao desenvolvimento de competências, reflexão e compreensão, analisando as experiências de trabalho do supervisionado com o cliente. A função restaurativa, prevê o apoio ao supervisionado, permitindo-lhe lidar melhor com as suas emoções face às situações do dia-a-dia e cuja finalidade é atenuar o *stress* e manter as emoções ajustadas às situações clínicas. Por último, a função normativa realça a importância profissional, a necessidade de competência e responsabilidade e os padrões organizacionais, ou seja, inclui a manutenção do controlo da qualidade, sendo importante para a criação de *standards* que podem ajudar nas auditorias clínicas.

Na análise inferida podemos validar várias expressões associadas à função formativa apresentada por Proctor, tais como:

E1 “(...) é no sentido de refletirmos naquilo que fazemos, na nossa prática (...) às vezes pensarmos nas nossas práticas clínicas e ajudarmo-nos uns aos outros (...) não pode estar no sentido de

apontar o dedo a (...) é realmente todos pensarmos em conjunto. Ajuda-nos a saber pensar, refletir. É um momento de reflexão, de aprendizagem (...) refletir em conjunto; no que fazemos, na continuidade dos cuidados que prestamos ao doente, na maneira depois como passamos os doentes aos colegas nos turnos seguintes”;

E2 “ A SCE faz com que as pessoas reflitam na prestação de cuidados (...) as pessoas estão mais atentas e têm refletido mais em conjunto e tem identificado formas de melhoria ao refletirem sobre as suas práticas (...) ao refletirem também com vista a que um determinado procedimento ou um determinado cuidado possa evoluir (...) mantermos ou evidenciarmos que o tratamento dos cuidados está relacionado (...) com a nossa capacidade de investir, com a nossa capacidade de refletir sobre as nossas práticas e a SVC”;

E4 “ Será a maneira mais fácil de enquadrar os novos, atuais ou futuros profissionais, num contexto (...) tendo sempre o objetivo do desenvolvimento pessoal e profissional”;

E5 “(...) fomos criando uma perspetiva de autonomia, de competência”.

Estes resultados corroboram, com os de Olhicas (2007). Segundo o autor a SCE emerge como um “(...) processo de interacção consigo próprio e com os outros, devendo incluir processos de observação, reflexão e acção”(Olhicas, 2007, p. 19). White e Winstanley (2003) referem que a prática reflexiva e a melhoria das práticas pode ocorrer através da discussão e partilha de informação que é, por sua vez, possibilitada pela SCE. Brunero e Stein-Parbury (2008) consideram a SC como um processo de carácter reflexivo que impulsiona a discussão sobre os cuidados prestados, permitindo, conjuntamente, a identificação das áreas de conhecimento a desenvolver.

Garrido, Simões e Pires (2008) referem-se ao ato de orientar como sendo um processo em que se auxilia o supervisionado no sentido da adequação e mobilização de saberes teóricos e práticos, dotando-o das competências necessárias para o exercício profissional.

Os participantes do estudo referem:

E1 “(...) na nossa prática e em conjunto, todos, tentarmos melhorar aquilo que não está tão bem, tentar ou com o nosso par ou então até em conjunto, no serviço, nas reuniões de serviço (...) supervisão é no sentido até de ajudar uns aos outros”;

E2 “(...) objetivo é sempre haver uma interajuda, uma parceria (...) objetivo da supervisão clínica é sempre ajudar alguém a desenvolver para um patamar superior em termos de qualidade (...) é conseguirem identificar oportunidades de melhoria (...) somos os supervisores (...) é ensiná-los a crescer dentro de determinados objetivos que eles têm que atingir (...) digamos que seremos um modelo O objetivo é sempre haver uma interajuda, uma parceria”.

A SC mostra-se como um processo através do qual os enfermeiros examinam as suas práticas e, transversalmente, a essa reflexão, ampliam competências e conhecimentos. Nesse sentido, a supervisão constitui o suporte do desenvolvimento profissional contínuo, na medida em que são detetadas e colmatadas necessidades individuais de formação (Cheater e Hale, 2001). Barribal, While e Münch (2004) concordam que a SC constitui o momento adequado para os profissionais reverem as suas práticas sob o olhar de outrem, o que os ajuda a melhorar as suas competências técnicas e emocionais para o desempenho profissional, com o objetivo último do benefício do cliente. O significado atribuído à SC pelo RCN (2003) evidencia

os processos de reflexão sobre as práticas clínicas, com o objetivo de identificar os problemas diários e encontrar soluções que permitam repensar e melhorar as práticas.

Richards (2011) assume a existência de um processo de aprendizagem levado a cabo através da supervisão. Nos seus escritos defende que os profissionais mais novos conhecem e apreendem conhecimentos e competências através da experiência dos mais velhos. Em suma, para a melhoria da qualidade dos cuidados, é essencial que estes reflitam acerca das atividades desenvolvidas ao longo de todo o turno; é importante repensarem todo o processo, desejando o melhor para o cliente e também para o seu desempenho profissional. A SCE apresenta-se como uma estratégia fomentadora do desenvolvimento das competências profissionais, recorrendo à sustentação fornecida pelas instituições, na busca contínua de uma política global de qualidade.

No que concerne à função restaurativa apresentada no modelo de Proctor e analisando as unidades de registo dos entrevistados, pode-se encontrar expressões como:

- E1 “(...) não agirmos sem pensar (...) discutir algum erro, alguma falha, sensibilizar a equipa”;*
- E2 “(...) ao serem apoiados, nas suas práticas fez com que as pessoas adquirissem e fossem absorvendo e transmitindo e partilhando cuidados diferentes daquilo que eles prestavam (...) necessitavam de mais momentos de feedback”;*
- E3 “É uma forma de apoio, de ajuda, de colaboração com os colegas, na procura do desenvolvimento do profissional para atingir um nível superior de desenvolvimento”;*
- E4 “A relação entre pares traz ganhos mútuos para ambos os profissionais”;*
- E6 “(...) acompanhamento entre pares, por um enfermeiro supervisor, nomeada e que vai fazer o acompanhamento de um determinado grupo de enfermeiros para facilitar o crescimento deles a nível profissional e a adaptação ao dia a dia, com melhorias que se podem ir introduzindo (...) têm-nos obrigado a pensar”.*

Lynch *et al.* (2008) afirmam que esta se refere ao apoio dado, e que o dever do supervisor é garantir que o supervisionado esteja devidamente atualizado e apoiado. A relação de controlo necessita de ser aquela em que o supervisionado se sente valorizado, compreendido, seguro e aberto o suficiente para atingir o desafio. Mills, Francis e Bonner (2005) dizem que as relações de apoio são a chave em SC, de forma a garantir ambientes de trabalho favoráveis. Os entrevistados ao longo dos seus discursos referem que o apoio, a relação, o acompanhamento são de extrema importância.

Simões e Garrido (2007, p. 600) defendem que no conceito de SC deve existir “(...) uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado”. Estes dados vão ao encontro dos de Richards (2011), que diz que apesar de alguns dos participantes conterem o conhecimento teórico adquirido na escola, têm situações em que existe insegurança, na sua prática clínica, sentindo necessidade de apoio por parte dos colegas com mais experiência.

Laitinen-Väänänen, Talvitie e Luukka (2007) citam que a forma como se estabelece a interação entre supervisor e supervisionado vai influenciar a capacidade futura da tomada de decisão por parte do supervisionado. White e Winstanley (2003) focam-se no apoio que é dado aos supervisionados com o objetivo de melhorarem as suas competências.

Brunero e Stein-Parbury (2008) assumem que esta função aumenta o apoio dos supervisionados recorrendo ao *feedback* que lhes é transmitido. Reconhecem também a oportunidade dos enfermeiros patentear apoio efetivo entre colegas, sendo esse apoio necessário para que estes sintam que não estão abandonados, levando a sentimentos de segurança e autoconfiança. Estes autores referem que a função restaurativa predomina nos estudos acerca da SCE, e a atribuem este facto à natureza stressante da profissão de enfermagem, o que concludentemente revela a necessidade de apoio profissional.

Por último, Proctor apresenta-nos a função normativa que, segundo Sirola-Karvinen e Hyrkas (2006), reflete as declarações de missão e visão, bem como os objetivos e estratégias da organização. Esta função inclui políticas, procedimentos e normas:

E2 “(...) é um trabalho para melhoria, para evidência, de que nos realmente somos profissionais com competências, que nós destacamos e que temos o nosso lugar numa equipa de saúde.”;

E4 “(...) a gente pretende que seja, o mais abrangente possível e melhor possível, dentro da profissão e dentro das instituições (...) o que eu entendo hoje com a supervisão não é só mesmo em termos profissionais da profissão em si, mas muito do que se passa na instituição e no serviço”.

Na análise do discurso dos entrevistados, verifica-se que esta é a função em relação à qual eles demonstram menos importância, não se referindo mesmo a ela diretamente como se pode validar nas citações acima apresentadas.

Brunero e Stein-Parbury (2008) referem que a SC permite um desenvolvimento sólido da prática clínica quando dado o cumprimento de normas e de padrões de cuidados. Verifica-se, assim, a importância da criação de protocolos, normas, orientações para o aperfeiçoamento dos cuidados e desenvolvimento das competências.

E4 “Quanto mais não seja obriga as pessoas a pensar na realidade”;

E5 “(...) temos que ter a mente aberta para termos uma capacidade crítica”.

Pode verificar-se que existem diversas definições de SCE, no entanto, todas acabam por estar inseridas no modelo defendido por Proctor. Não obstante, não podemos deixar de mencionar que é um conceito que a maioria dos participantes teve dificuldade em definir. Havendo também quem dissesse:

E2 “(...) supervisão clínica entre pares é uma novidade para nós em Portugal”.

Da revisão da literatura, efetuada na parte I, pode verificar-se que os primeiros conceitos de SC remontam à década de 80.

Ao longo de muitos anos o conceito esteve associado à orientação/acompanhamento de estudantes em ensino clínico:

E2 *“Existem duas formas de supervisão, a supervisão em fase de ensinamentos clínicos em que nós temos os estudantes e somos os supervisores desses estudantes que os ajudamos e os ensinamos a crescer dentro de determinados objetivos que eles têm que atingir durante aquele ensino clínico, digamos que seremos um modelo para aqueles estudantes. O objetivo é sempre haver uma interajuda, uma parceria”.*

Para este entrevistado, apesar das semelhanças, o alvo da supervisão, objetivos e estratégias de supervisão são diferentes, confirmando o pressuposto de que a supervisão se refere ao incremento das competências dos profissionais de enfermagem através da reflexão sobre a prática clínica, com o fim último de aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011).

Como refere Cutcliffe (2001), ainda existe a necessidade de clarificar o significado de SCE em termos da sua conceitualização e operacionalização. Mills, Francis e Bonner (2005) e White e Winstanley (2003) acrescentam que não admira que alguns dos participantes evidenciem dúvidas ou até um total desconhecimento sobre SCE. Não obstante, quando lhes era explicado o processo, os entrevistados consciencializam-se que muitas das características da supervisão de estudantes podem ser transportadas para a supervisão de pares. A confusão evidenciada por alguns dos participantes corrobora com o definido por Yonge *et al.* (2007) aludem que existe uma confusão entre os diferentes âmbitos da supervisão. Silva, Pires e Vilela (2011) apresentam uma definição para os diferentes conceitos: *mentorship*, *preceptorship* e *clinical supervision*. Numa análise geral, o termo *Clinical Supervision* (CS) está mais direcionado para os processos de supervisão de pares, enquanto os processos de supervisão de estudantes e de integração na vida profissional estão mais associados aos conceitos *mentorship* e *preceptorship*, respetivamente (Myall *et al.*, 2008).

Embora os entrevistados tenham manifestado o oposto, infelizmente a SC ainda é muitas vezes observada como sendo um momento da avaliação e de fiscalização.

E1 *“É uma ajuda entre os pares, não é no sentido de estar na altura como fiscal como polícia (...) a supervisão clínica não é vista como um policiamento, como um momento de avaliação”.*

Não obstante uma das entrevistadas refere:

E2 *“Ainda estamos muito conotados como a supervisão como avaliação, como um policiamento. Não a vêem como um motivo de melhoria mas como um momento da procura erro”.*

Neste sentido, Garrido, Simões e Pires (2008, p. 14) afirmam que “O termo supervisão suscita alguma apreensão, pois é, frequentemente, associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários”.

Após a análise dos testemunhos dos participantes ao longo do estudo, não se poderá deixar de concluir que a SCE ainda hoje é conotada como sendo um método utilizado que permite avaliar as práticas. Contudo, os participantes enfatizam o facto de este ser o modelo ideal de

referência, capaz de motivar, incentivar o diálogo ou corrigir um erro em tempo útil, se for caso disso.

Num processo supervisivo, há a necessidade de existir uma avaliação, através de um sistema de avaliação desenvolvido localmente, em cada contexto (NHS, 2004; UKCC, 2003), pois só desta forma é possível os atores e organizações perceberem como é que a SC influencia os cuidados, os *standards* e o próprio serviço.

Um dos participantes faz uma referência muito pertinente em relação à seleção dos supervisores, que vai ao encontro do que Pires (2004, p. 122) alude, isto é, “A efectividade da relação supervisiva é fortemente condicionada pela confiança e atitudes entre os intervenientes pelo que deve haver um envolvimento dos actores, bem como da própria organização em assegurar as condições propícias ao desenvolvimento da mesma”.

E5 “(...) quando eu tento chamar a todos como supervisor um dos outros, não sei se isso resulta, não sei, porque fomos criando uma perspectiva de autonomia, de competências que acham que todos tem e depois não têm. E não sei se depois o mesmo parceiro que está ao lado, consegue fazer isso ou se está num estágio de desenvolvimento que lhe permita fazer essa própria avaliação”.

Da análise do discurso dos participantes sobressai a condição multidimensional e multifacetada da supervisão clínica. Para os participantes a SC é um processo formal que suporta a prática de cuidados. Ela assenta na aprendizagem e permite aos profissionais desenvolver conhecimentos, competências e consciência de responsabilidade. Ao mesmo tempo, ela realça a proteção do consumidor de cuidados e incrementa a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. Segundo os discursos, o processo de aprendizagem é central e é visto como um meio facilitador do processo de autoavaliação e reflexão. Através da reflexão sobre as práticas, ele visa identificar soluções para os problemas, melhorar a prática de cuidados e aumentar a compreensão das ações profissionais. Nesse sentido, “autonomia”, “pensar sobre as práticas”, “discussão e partilha de informação”, “desenvolvimento pessoal e profissional”, “apoio”, “ajuda” e “colaboração” foram expressões referidas pelos participantes.

2.3. Vantagens da Supervisão Clínica

Nesta dimensão pretende-se explorar as mais-valias da SC para a prestação de cuidados em enfermagem. Ao longo das entrevistas, vários foram os testemunhos que referiram que a SC, quando implementada com sucesso, é acompanhada de diversas regalias. Abreu (2007) refere que a SC é um instrumento essencial na prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, é um processo dinâmico, de acompanhamento e desenvolvimento de

competências, recorrendo à reflexão, à ajuda e orientação. Com melhoria na segurança e na qualidade dos cuidados e na proteção do cliente.

Cheater e Hale (2001), baseando-se nos estudos realizados por Bishop (1998) e por Butterworth e Faugier (1992), descreveram como princípios básicos da SCE: o aumento da qualidade dos cuidados prestados aos clientes; a facilidade dos profissionais assumirem as mudanças organizacionais incrementadas; o crescimento da confiança e segurança profissional; o progresso dos profissionais; as relações interpessoais no local de trabalho melhoradas; a baixa dos níveis de *stress*; e, a diminuição na taxa de abstinência profissional por doença.

Da análise efetuada surgiu a categoria Vantagens da SC que por sua vez foi subdividida em várias subcategorias que se apresentam no quadro seguinte (quadro 2).

Quadro 2: Vantagens da Supervisão Clínica

Categoria	Subcategoria
Vantagens da SC	Qualidade de cuidados
	Segurança de cuidados
	Melhoria organizacional
	Diminuição do <i>stress</i>
	Satisfação do profissional
	Motivação
	Satisfação do cliente
	Desenvolvimento de competências
	Interação entre pares

Do exposto são notórios os benefícios a vários níveis da SCE, nomeadamente na qualidade e segurança dos cuidados, na diminuição do risco e erro, na satisfação do cliente e também dos profissionais e na motivação, fatores que levam ao desenvolvimento de competências e a uma melhor interação entre pares.

No que concerne à subcategoria “Qualidade de cuidados”, os entrevistados descrevem:

E1 “Quando falamos do melhor para o serviço falamos da melhorar prestação de cuidados e na qualidade dos cuidados (...) maior qualidade dos cuidados que prestamos (...) Melhor prestação de cuidados”.

Moura e Mesquita (2010), Correia e Servo (2006) e Pires (2004), salientam alguns dos benefícios da SC em contextos de saúde, sublinhando que estes poderão resultar na melhoria da qualidade dos serviços prestados, além de potenciar o desenvolvimento de habilidades e competências da equipa.

A SCE através do apoio e suporte fornecido aos profissionais de enfermagem remete para cuidados progressivamente mais seguros e, conseqüentemente para uma prática profissional de qualidade. Uma das suas vantagens é que quando os profissionais refletem de forma partilhada sobre as suas práticas e problemas do exercício profissional conseguem também obter melhores resultados nos cuidados que prestam (Brunero e Stein-Parbury, 2008).

E3 “Se as pessoas não tiverem um momento em que param para pensar, são pessoas que acabam por não refletir, e é essencial para a melhoria dos cuidados (...) momentos que são de alguma maneira permitidos pelos responsáveis da área da gestão que consomem horas que têm que ser contabilizadas também”.

Verifica-se a existência de uma relação entre a reflexão e a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados. Garrido (2004) afirma que a SCE deve desempenhar três funções: apoiar o enfermeiro ao longo da sua prática; estimular a reflexão e potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional; e, por último, promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda de acordo com Pereira (2009), subsistem definições que salientam a vertente complexa e abstrata da qualidade em saúde, tornando problemático ou mesmo inexecutável qualquer tentativa de operacionalizar o conceito. O mesmo autor refere que qualquer profissional de saúde competente e experiente sabe reconhecer o que são cuidados de qualidade.

Nunca podemos esquecer, tal como frisa Hesbeen (2001), que em situações semelhantes a qualidade de cuidados pode ser apreciada de forma muito diferente, conforme se trate de um cliente ou de um profissional de saúde a fazê-lo. É, portanto, difícil expor um conceito de qualidade tão abrangente quanto necessário para os cuidados de saúde, sendo que a sua própria avaliação é delicada. Um dos entrevistados refere:

E5 “O cliente avalia muito aquilo que nós fazemos e a relação, porque ele não tem competências técnicas suficientes para ver se a gente lhe colocou o soro certo, o antibiótico certo. Em suma os utentes não têm a perceção no sentido de avaliar a melhor qualidade, em termos técnicos eles não nos conseguem avaliar”;

E5 “(...) o utente não tem a mesma perceção de qualidade que nós temos. Para o utente um sorriso é qualidade (...) A avaliação que o cliente faz, é o modo como eu me dirijo a ele, como eu o trato como eu o respeito e se eu lhe explico ou não aquilo que eu faço (...) O cliente avalia muito aquilo que nós fazemos e a relação, porque ele não tem competências técnicas”.

Não se pode dissociar a qualidade de cuidados da segurança dos mesmos, pois ambos estão interligados. A OE (2010, p. 5) refere que a SCE é percebida como um “(...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma,

valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”.

Esta perspectiva é partilhada pelos participantes quando mencionam:

E2 “(...) quando falo na qualidade, nós só conseguimos qualidade se garantirmos a segurança e a segurança da prestação dos cuidados para mim está completamente interligada com a qualidade. Só há qualidade se houver segurança”;

E4 “(...) só assim se consegue obter melhores cuidados e segurança nos cuidados”.

Abreu (2002 cit. por Simões e Garrido, 2007, p. 601) faz alusão ao conceito apresentado pelo Departamento de Saúde do Reino Unido, em que a SC é vista como “(...) um processo formal de suporte e aprendizagem que proporciona (...) um desenvolvimento integrado de competências, a assunção de responsabilidades (...) e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados”.

Relativamente à subcategoria “Segurança de cuidados”, os entrevistados referem o seguinte:

E1 “ Maior segurança dos cuidados que prestamos (...) logo vamos reduzir os riscos, as pessoas têm mais abertura, são mais sinceras (...) pela segurança, pela diminuição do risco. Prestar cuidados de enfermagem com a maior segurança possível e com a maior qualidade possível”;

E2 “ A SCE também garante a segurança da prestação”;

E3 “(...) quando nós temos as coisas trabalhadas e sabemos como devemos fazer. A segurança vem necessariamente também (...) é um aspeto que acaba por resultar em mais segurança para os clientes porque prestamos melhores cuidados (...) A segurança como uma área a ser trabalhada pode sempre merecer mais atenção”.

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (MS, 2010b) são apresentadas dez dimensões associadas à problemática da qualidade em saúde, que elencam as diversas áreas de intervenção: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito. Estas dimensões passam por promover uma estrutura de governação da qualidade de cuidados de saúde, decidir metas na área da qualidade dos cuidados, fomentar uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde, impulsionar as melhores práticas ao nível da política de recursos humanos, do financiamento e do sistema de pagamentos, empregar as tecnologias de informação e comunicação como suporte, e assegurar a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema (MS, 2010b).

É referido por um dos entrevistados que os recursos humanos e materiais são essenciais para diminuir o risco e o erro, citando:

E1 “Um dos fatores que facilitaria seria haver mais material adequado para redução do risco e erros e também mais recursos humanos, pois assim existe uma grande limitação, existe maior risco”.

Um estudo realizado por Murphy e Murphy (1996), em 84 hospitais, confirmou que ao reduzir os recursos humanos em 4% ou mais se verificava um aumento estatístico significativo nas taxas de mortalidade dos clientes. Carapinheiro e Lopes (1997), num estudo sociológico

sobre os recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, encontraram situações de excesso de trabalho, de pânico e de risco motivado pela agressividade de familiares e doentes.

Também foi referido por um entrevistado:

E5 “(...) retirar a medicação no corredor é um risco para a existência de mais erros. E o risco de erro é muito grande, porque as pessoas (doentes e familiares) estão sempre a interromper os enfermeiros, estão sempre a questionar e isto coloca em questão a segurança”.

Lezón (2009) refere que se permitir ao supervisionado avaliar as suas ações e, a partir destas, reconhecer os seus potenciais, as suas dificuldades e encontrar novos modos de atuação, se consegue minimizar o número de ocorrência de erros. Nesta perspetiva, o supervisor é responsável por informar e treinar com o supervisionado estas competências, dotando-o de conhecimentos para poder executar esta estratégia de forma autónoma.

Nicklin (1997) refere que é perfeitamente justificável o uso da SCE, nomeadamente quando se verificam resultados positivos no controlo da doença, na eficiência clínica, na melhoria da qualidade dos cuidados, na diminuição de reclamações e de erros clínicos, bem como no aumento da motivação pessoal.

Boavista (2000) diz que para existir melhoria da qualidade tem de haver uma mudança dos erros do sistema, abrandar a variabilidade indesejada e existir participação coletiva, com significado numa evolução sustentada.

Ao longo do discurso dos entrevistados verifica-se que houve uma diminuição do número de erros, bem como maior facilidade de os comunicar quando existem.

E2 “(...) será sempre uma oportunidade de melhoria, nos identificarmos uma forma de aprendizagem é com o erro como é lógico, embora não devesse ser, mas é a nossa realidade”;

E3 “ Os erros é aquela situação de nós detetarmos o erro e de nós podermos participar o erro sem sermos identificados, porque erros só não faz quem não faz, quem não trabalha ou quem não pensa neles ou a ignorância é atrevida como diz o outro (...) acaba por resultar com uma maior consciencialização nessa possibilidade de erro e fazer de tudo para que ele não ocorra (...) As pessoas não têm medo de fazer ou até mesmo medo de errar porque sabem que são momentos de aprendizagem”;

E4 “(...) mais união dos profissionais, mais reflexão, diminuição do risco”.

Na leitura acerca da SCE, com facilidade se verifica que esta é vista, muitas vezes, como uma atividade dominadora e hierarquizada, que surge como resposta a um erro ou a uma irreflexão.

Wood (2004) refere que existe evidência que demonstra que a minimização do risco clínico é influenciada pelo contexto ambiental e organizacional. Acrescenta, também, o facto de as estratégias preventivas ainda serem escassas, sendo importante que este constitua um foco de vigilância para todos os profissionais. E como já foi mencionada, nem sempre existe estrutura e material adequados para as necessidades efetivas. Cleary e Freeman (2005) referem ainda a

propósito dos benefícios da supervisão clínica que a melhor eficiência profissional, melhora o atendimento do cliente, aumenta a eficácia e reduz o erro e o *burnout*.

A análise das entrevistas evidencia que a “Melhoria organizacional” é uma vantagem evidente aquando da implementação do modelo de SCE.

E1 “(...) processos de melhoria, quer processos de melhoria de organização de serviço”;

E2 “A forma de organização de trabalho, a distribuição de recursos (...). Em relação às dotações têm-se conseguido ultrapassar, tem-se consigo convencer as administrações em relação a dotar e a garantir que aquele mínimo de cuidados esteja garantido”;

E6 “(...) houve alteração na preparação da medicação, agora existe um carro mais estruturado. A nível de outras atividades ainda não temos nada, pois ainda estão a ser trabalhadas e ainda não foram apresentadas”.

Do exposto, pode verificar-se que se existir uma colaboração e partilha com a organização, a implementação de um modelo de SC obterá mais-valias com maior facilidade, repercutindo-se em melhorias a todos os níveis, nomeadamente, na satisfação profissional e, por sua vez, na qualidade e segurança dos cuidados.

Santiago e Cunha (2011) defendem que a SCE, quando implementada corretamente nos serviços de saúde, torna-se num utensílio obrigatório no acompanhamento, avaliação e educação constante da equipa de enfermagem, em proveito do cliente, nomeadamente na qualidade da assistência prestada. De igual modo, colabora para a deteção precoce de problemas e sua resolução, constituindo-se em uma “(...) força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais de uma organização, tornando possível o desenvolvimento de um programa de trabalho ideal, eficiente e eficaz, visando a atingir um nível de excelência no serviço” (Santiago e Cunha, 2011, p. 444).

A qualidade dos cuidados prestados e a segurança do cliente só é melhorada, segundo White e Winstanley (2003), se a SCE permitir que os profissionais de enfermagem estejam aptos a desenvolver conhecimentos, habilidades e competências para a sua prática clínica.

A SCE pode resultar em aumento de competências dos profissionais e em cuidados de maior qualidade. A investigação demonstra que se pode associar a SCE ao aumento da satisfação profissional e à diminuição da ansiedade e *stress* (Abreu, 2007; Proctor, 2006). A “Diminuição do *stress*” através da SCE é identificada pelos entrevistados como resultado inerente ao processo supervisivo, o qual suscita ganhos nas práticas de enfermagem e na qualidade dos cuidados. Segundo o NHS (2006), o *stress* é um fator *major* nos locais de trabalho e é responsável por uma morbilidade significativa na área da saúde, pelo que a SC tem sido enumerada como um importante auxílio para as equipas, para o aumento da satisfação laboral e para o acréscimo da sua motivação.

E1 “(...) evitamos stress entre até os próprios enfermeiros (...) ajuda-nos a controlar melhor as nossas emoções (...) Permite reduzir o stress”;

E5 “(...) é evidentemente que todos os fatores que consiga introduzir em termos do profissional para ajudar no seu desenvolvimento (...) é positivo. Nomeadamente na melhoria dos cuidados, diminuição do stress e motivação”.

Em relação à “Satisfação profissional”, pode-se averiguar que muitas alterações se verificaram com a implementação da SCE:

E3 “(...) é uma equipa que no seu todo está sensibilizada para (...) O facto de terem até algumas ido fazer a formação na pós graduação de supervisão clínica mostra o quanto ficaram sensibilizadas até penso eu, que será algo que a gente possa estabelecer uma relação causa efeito”;

E6 “Quando o projeto foi implementado havia quatro ou cinco pessoas com formação na área, agora já existem outros elementos a tirar (...) verifica-se que qualquer dúvida que tenham é mais fácil de esclarecer. Existe uma maior consciencialização do que é a supervisão. Neste momento observam-na como um momento de aprendizagem”.

Abreu (2007, p. 204) refere que “(...) a satisfação profissional resultante reflecte-se numa melhor identificação com os objectivos da organização e com o seu projecto”, levando a uma colaboração efetiva motivada entre os profissionais e a organização, propiciando um progresso, de uma filosofia global de qualidade dos cuidados prestados. Cutcliffe, *et al.* (2001) acrescentam que existe uma ideia central na SC e descrevem-na como sendo aquela que dá suporte às práticas no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, melhorando a qualidade dos mesmos, ao apoiar a formação clínica, fazer uma gestão personalizada dos sentimentos e elevar a satisfação profissional dos enfermeiros. Através da SCE é exequível o desenvolvimento de competências, aptidões, habilidade e conhecimentos. A satisfação profissional é, desta forma, o resultado da aprendizagem e desenvolvimento conseguidos (Hyrkäs, 2002).

Com a implementação do modelo podemos salientar que a supervisão clínica em enfermagem não apresenta só como efeito a satisfação profissional do enfermeiro mas, também, a melhoria da qualidade das suas práticas através da reflexão e motivação. A “Motivação” foi identificada como um pilar importante para uma implementação mais assertiva.

E1 “A SCE quando aplicada melhora a motivação da equipa”;

E2 “(...) nas pessoas mais jovens (...) há um desinteresse. Agora a palavra neste momento é sinto-me desmotivado (...) e a supervisão pode-nos dar essa evidência”;

E4 “(...) um projeto desta natureza podia desviar as pessoas para um caminho de motivação”.

Frederico e Leitão (1999, p. 46) corroboram esta ideia referindo que “(...) independentemente dos níveis hierárquicos existentes a estrutura organizacional deve ser capaz de dar resposta eficaz às solicitações dos clientes e ser também uma fonte de estabilidade, coesão e motivação dos profissionais, que trabalham nessa instituição, permitindo o seu desenvolvimento pessoal e profissional”.

Abreu (2002) sublinha que o conhecimento não é satisfatório para o desenvolvimento das práticas profissionais, sendo fundamental que os profissionais desenvolvam processos de motivação e de autoestima positiva. Um elevado conceito de si, níveis mais sólidos de

segurança e maior envolvimento na vida das organizações podem ser fundamentais para a entrada em novos processos de mudança.

Brunero e Stein-Parbury (2008) sugerem que a SC providencia o suporte emocional e o apoio entre os pares, assim como promove o desenvolvimento de competências e conhecimentos e representa um meio de promoção da responsabilidade profissional.

Nicklin (1997, cit. por Abreu, 2007, p. 204) alega que “(...) se esse custo se reflectir na contenção da doença, o aumento da eficiência clínica, melhoria da qualidade de cuidados, a diminuição de reclamações e de erros clínicos e um aumento na motivação do pessoal, os custos inerentes à supervisão clínica são perfeitamente justificados”.

A SCE tem como consequência, além da satisfação profissional dos enfermeiros, a melhoria da qualidade de cuidados, através da reflexão permanente sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas diariamente.

Santiago e Cunha (2011) contestam a contribuição da organização e distribuição da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades de cuidados dos clientes, no sentido de adequar as competências e pontos fortes de cada membro da equipa a cada caso concreto, isto numa perspetiva de qualidade na assistência à pessoa doente.

Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen (2001), no seu estudo, certificaram que a SCE tem influência direta sobre os cuidados de enfermagem prestados podendo, desta forma, ser considerada como um mecanismo de intervenção promotor da qualidade da prática de enfermagem. Dois anos mais tarde, Hyrkäs e Lehti (2003) concluem que a implementação de um sistema de melhoria ininterrupta da qualidade através da SCE em equipa melhora a “Satisfação do cliente”, assim como a qualidade dos cuidados em enfermagem.

E vários foram os participantes que se referiram à satisfação do cliente ao longo da entrevista:

E1 “Vê-los sair de um serviço de urgência com um sorriso na cara”;

E3 “(...) um indicador que nós podemos contabilizar são os valores de vindas à urgência por complicações decorrentes de défices de conhecimentos na área do aleitamento materno (...). As reclamações por exemplo, nunca tivemos muitas, mas reduziram”;

E4 “(...) a prestação de cuidados melhorada e mais esclarecida traria mais satisfação para os clientes”.

Cheater e Hale (2001), baseando-se nos estudos realizados por Butterworth e Faugier (1992) e por Bishop (1998), relatam como primeiro benefício da SCE o incremento da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

NHS (2011) refere diversas vantagens da SC, tais como: a melhoria dos cuidados prestados aos clientes; a prática segura; a diminuição das reclamações; a possibilidade de atingir metas; o desenvolvimento profissional e pessoal; a inovação e o desenvolvimento da prática; a

diminuição do *stress* dos trabalhadores; o aumento da confiança e do desenvolvimento profissional; a consciencialização das responsabilidades profissionais; a melhor gestão de risco e a percepção de uma prática baseada na evidência.

No trabalho realizado por Serrano, Costa e Costa (2011), que estudava a forma como os enfermeiros desenvolvem competências na área do cuidar em enfermagem, as autoras concluíram que o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre a equipa de saúde e o contexto, através da implementação de estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem, nomeadamente a SCE.

Alguns dos entrevistados referiram-se ao “Desenvolvimento de competências” profissionais:

E2 “(...) ao refletirem na prestação de cuidados (...) que é um dos enunciados descritivos da ordem que é na procura da satisfação e na melhoria da qualidade dos cuidados (...) que é algo para a mudança do meu serviço, da qualidade, para mim e para as pessoas com quem eu trabalho (...) Mas nós, não nos apercebemos que para além de prestadores também devemos refletir sobre a forma como fazemos e quando nos refletíssemos e percebêssemos que até temos um conjunto de leis que nos dizem quais são as nossas competências, quais são o caminho que devemos seguir, como é que nós devemos organizar estávamos muito melhor”;

E3 “(...) acho que são momentos que necessitam de existir nesta dinâmica que foi feita em que os próprios profissionais partilham as experiências, logo faz todo o sentido continuar. Há um trabalho em desenvolvimento”;

E4 “Concordo a 100% que a SCE pode trazer novas competências para os profissionais”;

E5 “(...) vai-me levar ao sentido crítico a identificar a necessidade que eu tenho de desenvolver mais conhecimentos e quais são as áreas que eu tenho uma tralagem maior para as desenvolver (...) é importante porque a melhoria dos cuidados só se faz neste sentido”.

Segundo Garmston *et al.* (2002, cit. por Fonseca, 2006), a reflexão é a chave para o desenvolvimento de competências através da melhoria da capacidade de reformular a experiência e conceber novas alternativas. Nesse sentido, estabelece-se como uma ferramenta essencial na avaliação das situações da prática, no sentido de produzir novas e superiores aprendizagens através da experiência profissional individual e conjunta.

A inclusão de uma prática reflexiva no quotidiano da profissão de enfermagem vem dar ênfase à racionalidade crítica que, sem menosprezar a importância das competências técnicas, aponta para uma interação estável entre a ação e a reflexão. Este exercício conduz à construção do conhecimento profissional numa direção contextualizada e sistematizada.

Sá-Chaves (2007) aponta como objetivos da supervisão ajudar, encorajar e cuidar com o fim último da formação e desenvolvimento humano. A autora refere que o processo de supervisão prevê a configuração de uma relação entre supervisor e supervisionado em que ambos interagem no sentido de ampliar competências e conhecimentos, havendo desenvolvimento pessoal e profissional. À medida que isto acontece, o supervisor vai diminuindo cada vez mais a sua atuação, promovendo a autonomia responsável e autocrítica do supervisionado.

Uma das competências solicitadas ao enfermeiro mais experiente é instruir da melhor forma outro menos experiente.

E1 “(...) na orientação de outros profissionais que se integram no serviço, orientar os alunos em estágio”;

E4 “(...) quando vem uma pessoa nova para outro sector também traz conhecimentos e mais-valias para este novo setor. Existe uma troca de saberes (...). Quando se tenta integrar um par dentro de um serviço, pretende-se que ele fique integrado em toda a realidade do serviço e não é só na prestação direta dos cuidados”;

E5 “(...) o grande objetivo, foi tentar adaptar os colegas no meio, com o objetivo de desenvolver as competências, que eles tivessem uma atitude reflexiva e de ajuda na relação entre pares”.

Estes resultados estão em conformidade com os de Richards (2011), que focaliza a presença de um processo de aprendizagem levado a cabo através da supervisão, em que o profissional mais novo aprende e detém conhecimentos e competências através da experiência de profissionais mais velhos. Este processo reúne oportunidades de ensino teórico e explicação de dúvidas, relativas a conhecimentos obtidos, e momentos de orientação do supervisor, na aplicação desses conhecimentos teóricos na prática. O ato de orientar é visto como sendo um método em que se pretende ajudar o supervisionado, encaminhando-o na adaptação e mobilização de saberes teóricos e práticos, de forma a dotá-lo das competências necessárias ao exercício profissional. A disponibilidade e estabilidade do supervisor assumem um papel basilar no contexto da SCE (Ramos, 2003).

Apesar das parecenças, o alvo da supervisão, objetivos e estratégias de supervisão são divergentes, assentando neste propósito a diferença entre a supervisão de pares e a supervisão de estudantes. Não obstante, a supervisão refere-se ao incremento das competências dos profissionais de enfermagem através da reflexão sobre a prática clínica, com o objetivo último de melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011).

Abreu (2002) reafirma que as práticas de supervisão constituem uma ferramenta central no acompanhamento de pares, uma vez que o acompanhamento se institui como condição para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento de competências com base na reflexão sistemática sobre os saberes e sobre as práticas.

Barribal, While e Münch (2004) dizem que a SC constitui a oportunidade para os profissionais reverem as suas práticas sob o olhar de outrem, ajudando a melhorar as suas competências práticas e emotivas para o exercício profissional, sempre em benefício do cliente.

E2 “(...) os ensinamentos da preparação para alta das mães, da parentalidade também (...) as enfermeiras fazem algum apoio à consulta externa (...) também traz melhorias em termos da qualidade assistencial e da continuidade dos cuidados (...) tiveram esse cuidado também de que partilhar essas novas introduções em termos de procedimentos com as colegas da pediatria”.

Apesar da falta de formação e informação sobre a SCE, na maioria dos participantes é nítida a noção de que esta potencia a reflexão sobre as práticas, levando a uma maior segurança e a melhores cuidados para os clientes. O carácter formativo da SCE e o seu papel predominante no desenvolvimento de competências dos enfermeiros é também claro para os cooperantes neste estudo.

E3 “(...) permite que as pessoas se envolvam nas situações de uma forma muito maior, porque normalmente elas até acabam por trabalhar aquilo que também para elas passa a ser algo que necessita de ser trabalhado, aquilo que elas entendam que precisam de obter formação sobre ou que precisam de desenvolver as suas competências (...) uma vontade de pesquisar, de saber mais, de partilhar até dúvidas, de falarem com os colegas, de quererem envolver outras pessoas também nos trabalhos que estão a ser feitos ou seja tem no fundo consciência de que podem ser elementos ativos num trabalho de grupo, isto é sem dúvida notório (...) É interessante que as pessoas estão muito mais sensíveis para procurar, dar melhor resposta aquilo que são as necessidades dos utentes (...) eu até tenho andado a pesquisar (...) e isto acaba por se traduzir numa melhoria de cuidados (...) acho que são momentos que necessitam de existir nesta dinâmica que foi feita em que os próprios profissionais partilham as experiências, logo faz todo o sentido continuar”.

Perrenoud (1993, p. 149) considera a SC “(...) como o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira”. Os profissionais terão que expandir competências e estratégias que lhes possibilitem enfrentar os desafios que lhe são constantemente colocados. Garrido (2004) diz que devem ser os próprios profissionais a decidir as carências de formação contínua com base nos problemas e na organização das suas instituições. Acrescenta também que para que se faça uma modificação, não basta mudar o profissional, é também necessário mudar os contextos em que este intervém. A formação tem de estar ligada ao seu terreno de intervenção. É exigido ao profissional “(...) uma aptidão à autoformação que, numa série de situações ao longo da vida profissional lhe permite a partir da sua formação inicial, aprender ativamente e ser o principal responsável da sua aprendizagem”(Santos, 1990, p. 50).

Ao longo das entrevistas, vários participantes manifestaram que a ideia que muitos profissionais possuem acerca do que é a prestação de cuidados tem de modificar. Para eles, a maioria dos enfermeiros vê como função exclusiva da sua atividade a prestação direta de cuidados, ideia redutora face ao conteúdo funcional da profissão.

E2 “(...) as pessoas são pagas para trabalhar, não só na prestação direta de cuidados, na relação pessoa-doente ou enfermeiro-profissional-doente mas também são pagas para desenvolver e porque também estão dotadas para isso, e porque os serviços também estão dotado com elementos de forma a que as pessoas consigam desenvolver, refletir sobre as suas práticas e fazer a sua pesquisa e lhes dá tempo para isso (...) já estão preconizadas pela OE e que as pessoas não refletiram que para além da prestação direta de cuidados têm outras responsabilidades e que essas eles não estão a atingir e é importante que as pessoas comecem a pensar que eu enfermeira para além de saber fazer procedimentos diretos na relação enfermeira-doente, eu tenho outras funções que também fazem parte das minhas funções como participar em projetos de investigação com que a instituição tenha, participar em processos de melhoria, ser responsável pelo meu crescimento e pelo crescimento dos outros (...) a investigação faz parte dos cuidados de enfermagem e que as pessoas ainda não se tinham apropriado de todas estas situações”;

E3 “Nós não estamos aqui só para fazer prestação direta de cuidados mas também para participar neste tipo de projetos”.

De acordo com o conteúdo funcional, é visível que para o exercício da profissão o enfermeiro tem de possuir um conjunto de competências que lhe permita prestar cuidados de qualidade. Daí que, para além da prestação direta de cuidados, deverá: refletir sobre as práticas; participar e promover ações que lhe permitam interligar diferentes níveis de cuidados; participar em programas e projetos de investigação, bem como colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, em contexto académico ou profissional.

Por último, também foi identificada a subcategorias “Interação entre pares”, a qual trará obrigatoriamente objetivos positivos para assim se tornar num benefício. Cheater e Hale (2001) reconhecem os benefícios para a prática de enfermagem através da implementação de uma estrutura local de SCE. As mais-valias identificadas pelos autores passam pelo desenvolvimento profissional, aprendizagem pessoal e pela oportunidade de partilha com os pares de assuntos relacionados com as práticas. Neste estudo, metade dos participantes referiu melhorias na prática dos cuidados como resultado da implementação da SCE.

E3 “Tem que ser entendidos como momento de partilha e de crescimento e que são importantes para eles e para o serviço sem dúvida nenhum (...) pois existem sempre alguns que tem mais conhecimentos e que tem mais experiência e portanto há uma partilha”;

E4 “Reúne os profissionais (...) Quanto mais não seja a partilha dos saberes fazeres, dos que sabem mais, para os que sabem menos, das melhores práticas, e de aproveitar o que cada um tem melhor para melhorar o bem comum”;

E6 “(...) as pessoas comunicarem mais entre si (...) existe uma maior troca de ideias, de discussão e de justificação de atitudes (...) as pessoas tentam realmente comunicar ao colega”.

Fowler, em 1996, descreve a SCE como um processo de suporte e de aprendizagem onde os enfermeiros são ajudados no desenvolvimento das suas práticas, tendo um tempo definido para a reflexão com colegas mais experientes. É neste espaço privilegiado que são reconhecidas e satisfeitas as necessidades de desenvolvimento profissional por parte dos enfermeiros. Este período de reflexão leva os profissionais a pensar nas experiências clínicas relevantes, partilhando-as com o grupo ou supervisor onde o objetivo é aprofundar o grau de compreensão e identificar as áreas com maior necessidade de melhoria (Brunero e Stein - Parbury, 2008).

Assim, o desenvolvimento de competências do supervisor como profissional humano, resulta da interação e da relação entre: saberes científicos específicos; a comunicação de saberes, onde, para além da transmissão de informação se torna imprescindível englobar a relação empática e de entreajuda, de modo a que o formando seja parte ativa do processo; a dinamização da aprendizagem estimulando a criatividade; a inovação e o espírito crítico; os valores éticos e sociais; o respeito por si e pelo outro; a tolerância e a honestidade; a recusa de preconceitos ideológicos, culturais ou sociais; o clima de partilha e cooperação e a avaliação e autoavaliação. Resulta pois, do saber, do saber fazer e do saber ser de um supervisor (Fonseca, 2006, p. 24).

Sloan e Watson (2002, p. 41) referem que “Ambos partilham a responsabilidade no acompanhamento”.

Segundo Koivu, Saarinen e Hyrkas (2011), existe o perigo da SCE suscitar o aparecimento de conflitos entre os elementos da equipa se não for conseguida uma comunicação eficaz e instituído um espírito de cooperação entre todos os intervenientes. Contudo, neste estudo podemos verificar que os participantes apresentam opinião diferente:

E1 “(...) qualidade e a segurança do serviço vai melhorar e acima de tudo há uma linguagem em comum, as pessoas conseguem comunicar porque sabem que ambas as partes estão a falar da mesma coisa”;

E4 “O saber o que cada um tem e que depois transmite aos outros, em realidades distintas, depois tudo junto dá um bolo muito mais rico do que cada um estar em seu sítio”.

Garrido, Simões e Pires (2008) defendem que o desenvolvimento exponencial de competências do enfermeiro requer um ambiente de confiança e de interajuda entre os intervenientes no processo de supervisão, bem como cognitivamente estimulante.

Em suma, a SCE é atualmente sustentada e reconhecida pela comunidade científica como uma metodologia impulsionadora da melhoria dos padrões de qualidade, pela diminuição do *stress* e do *burnout* dos enfermeiros. Fomenta um maior envolvimento dos profissionais no seu ambiente de trabalho, proporcionando um enriquecimento tanto ao nível das suas competências como habilidades.

Do discurso dos participantes pode depreender-se que a SC traz várias vantagens. A melhoria na prestação de cuidados foi um aspeto claramente evidenciado que está relacionado com muitos outros, dos quais se destaca: a melhoria na comunicação com o cliente; o aumento da segurança na prestação de cuidados quer pela diminuição do risco quer pela diminuição do número de erros; o aumento de recursos humanos; a união do grupo profissional; a organização dos serviços e dos cuidados; a diminuição do *stress* nos profissionais; o aumento da satisfação, envolvimento e motivação dos profissionais; o aumento da partilha de saberes; a utilização de uma linguagem comum; o aumento da satisfação no cliente e a diminuição do número de reclamações acerca dos cuidados.

2.4. Fatores Facilitadores

Na implementação de um novo projeto existem sempre fatores que irão facilitar o processo e outros que, por sua vez, irão tornar a implementação mais difícil. Ao longo deste subcapítulo

serão apresentadas a categoria e as subcategorias que ao longo da análise das entrevistas foram surgindo (quadro 3).

Quadro 3: Fatores Facilitadores

Categoria	Subcategoria
Fatores facilitadores	Motivação
	Passagens de turno
	Alteração no contexto
	Participação da instituição
	Certificação do contexto

Na revisão da literatura, é destacado que os processos supervisivos oferecem aos enfermeiros a esperança, a motivação e os meios inspiradores para lidarem com situações mais complicadas (Jones, 2001). Ao mesmo tempo que promove o crescimento pessoal, a SC aumenta a autoestima e a autoconsciência (Hyrkäs et al., 2001), promovendo, desta forma, a criação de um envolvimento profissional que contribui para a consciencialização dos supervisados sobre as questões éticas inerentes aos cuidados (Butterworth *et al.*, 2008).

No que concerne à “Motivação”, os entrevistados afirmam:

E2 “Dar-lhe o meu feedback positivo sempre, recorda-los que podemos melhorar, e também refletir (...) tento simplificar e dentro dos meus conhecimentos (...) até dou o exemplo de (...) para eles entenderem (...) perceber que nada é impossível, e que nós temos sempre degraus a subir”;

E4 “(...) conseguiu motivar as pessoas, pois a paixão tem que vir sempre associada a tudo que sejam projetos (...) mais motivação e união entre os profissionais”.

Dias (2006) refere o quão importante é concretizar-se, ao longo do processo supervisivo, um aumento dos níveis de motivação e confiança das equipas, no sentido de possibilitar que os pares se sintam mais confortáveis e menos defensivos; facto que leva a uma maior interação, partilha e união profissional. Carvalho, Ventura e Barroso (2004) dizem que algumas das dificuldades poderiam ser reduzidas ou até mesmo colmatadas se o supervisor clínico tivesse formação e treino específicos.

A compreensão acerca da motivação humana constitui um desafio da atualidade. A motivação surge como um determinante fundamental no rendimento individual, a par do esforço do próprio indivíduo, das capacidades individuais, do suporte social e da sua experiência prévia. Todos estes fatores influenciam o rendimento laboral do trabalhador (Silva *et al.*, 2006).

No que se refere às mais-valias pessoais, a SCE pode trazer benefícios quer ao supervisado, quer ao supervisor clínico. Os benefícios para o supervisado estão ligados à prática profissional, à reflexão acerca dos cuidados, à aprendizagem através da experiência;

qualidades estas obtidas por intermédio do uso das estratégias da SC. Relativamente às sessões de supervisão em grupo, elas possibilitam que o supervisionado se sinta apoiado pelos seus pares, refletindo-se na maneira de estar na prestação de cuidados ao cliente (Hyrkäs e Shoemaker, 2007).

E2 *“Em relação ao desvio das pessoas, no que se refere à motivação para o trabalho têm sido feitas sessões entre os grupos das pessoas”.*

Por sua vez, Cross, Moore e Ockerby (2012) referem os benefícios da supervisão em grupo, designadamente no que concerne ao custo/benefício e eficiência da supervisão. Se todos os supervisionados se encontrarem no mesmo patamar de desenvolvimento profissional, a supervisão de grupo mostra-se importante para a reflexão sobre a prática clínica, assim como lhes permite desenvolver novas competências e sentirem-se apoiados pelos colegas.

Os enfermeiros que tiveram experiência em SCE enunciam como vantagens essenciais: um acréscimo de confiança, de motivação, efetuando-se um aumento do desenvolvimento da personalidade; consciencialização de si e das suas funções enquanto enfermeiro, designadamente na maneira de pensar, na conquista de decisões, desempenho, capacidade de resposta e resolução de problemas; e, ainda, uma diminuição do sentimento de isolamento profissional (Bedward e Daniels, 2005; Marrow *et al.*, 2002; Jones, 2001).

Myall *et al.* (2008) acrescentam que é importante que os supervisores aliem um conjunto de competências assentes nos padrões definidos pelo RCN, tais como fornecer suporte ao supervisionado, transmitir *feedback* construtivo e estimular a prática reflexiva.

Neste estudo, um entrevistado reporta-se ao *feedback* negativo, classificando-o como sendo uma mais-valia para a SCE. Do seu discurso sobressai que, por vezes, o facto de os resultados não serem positivos, tal como se perspetiva, fazem com que se reflita e chegue à conclusão que existem atitudes que necessitam de ser alteradas.

E5 *“Existem aspetos que para nós também é uma mais-valia. Eu por exemplo se chegar e este feedback que estou a ter de as pessoas não estarem adaptados, com certeza que para mim também é uma mais-valia, porque me obriga a refletir, para ver de que modo é que eu vou atuar, portanto este também é um resultado, que é importante apesar de poder não ser o resultado que estariam à espera em termos de estudo, mas pelo facto de não ter obriga-me a refletir, por isso para mim é positivo, vamos lá ver eu não vejo só a positividade das coisas porque correu muito bem ou porque não correu”.*

Williams e Irvine (2009) identificam que, para além da reflexão e do *feedback*, o esclarecimento de incidentes críticos é uma estratégia de supervisão. No discurso deste entrevistado isto é visível, uma vez que nos mostra que muitos dos resultados negativos se transformam em benefícios positivos.

Eraut (2006) assinala que a estratégia denominada por *feedback* negativo se refere ao momento em que se pretende corrigir de forma construtiva um determinado comportamento ou atitude; por sua vez, o *feedback* positivo tem como alvo reforçar um determinado

comportamento. No domínio da SCE, uma vez que um dos objetivos passa por fortalecer a reflexão sobre as práticas, o *feedback* está diretamente relacionado com o desenvolvimento profissional (Henderson, Ferguson-Smith e Johnson, 2005).

A subcategoria “Passagem de turno” é vista como o meio de transferência de informação, melhoria dos cuidados prestados e aumento dos conhecimentos práticos. Esta estratégia, várias vezes referida pelos enfermeiros entrevistados, acrescenta que a SCE deve ser realizada durante todo o turno e não apenas nas respetivas passagens, mas é essencialmente aí que é efetuada. Consideram ainda que estes momentos são privilegiados para a discussão de aspetos importantes para a prática de cuidados, pois é uma altura em que estão reunidos diversos enfermeiros, com variadas características e em diferentes patamares de conhecimentos. Assim, a passagem de turno transforma-se num momento favorável para falar sobre assuntos relacionados com a qualidade das práticas demonstradas ao longo do turno, facilitando a expressão de opiniões. Este é também um momento que permite ao supervisor conhecer melhor o seu supervisionado.

E1 “As passagens de turno são muito importantes como momentos de supervisão clínica (...) são essenciais para a melhoria e continuidade da qualidade dos cuidados”;

E2 “(...) as passagens de turno (...) é uma coisa que nós devemos demonstrar que são momentos de reflexão e de partilha, de passagem da continuidade de cuidados disso tudo, são momentos essenciais para a reflexão. É nesta hora que temos uma noção de como está o serviço que tiramos dúvidas acerca de algo que aconteceu ao longo do turno”;

E3 “Existem imensos momentos de partilha como as passagens de turno, mas na minha perspetiva não invalida que existam outros momentos formais e efetivamente que sejam contabilizados para este tipo de trabalhos”;

E5 “Daí eu ter defendido sempre as passagens de turno, e as passagens de turno como um momento de avaliação daquilo que se fez, daquilo que ficou por fazer”.

Williams e Irvine (2009) identificaram que a reflexão e o *feedback* são duas estratégias a usar ao longo da passagem de turno. Referem também que se deve fazer o esclarecimento de incidentes críticos como estratégia de supervisão.

Após a análise desta área temática, pode concluir-se que a passagem de turno é considerada uma estratégia de supervisão devido ao facto desta permitir a partilha de informações e a discussão de casos, facilitando a expressão de opiniões.

A passagem de turno constitui uma situação com peso hierárquico significativo no trabalho dos enfermeiros, na medida que tem um papel estratégico para dar continuidade ao tratamento dos clientes; caracteriza-se por um conjunto de informações complexas em função da diversidade de dados a serem tratados e depende da interação social do trabalho entre os profissionais, onde a comunicação tem um papel relevante. A passagem de turno é utilizada para clarificação de toda a informação sobre os clientes, o que origina a definição ou redefinição de estratégias.

Também se verificou que a implementação do modelo implicou mudanças quer na atitude dos profissionais, quer nos próprios contextos de cuidados onde se desenvolvem as práticas. Neste sentido, emergiu uma outra subcategoria: “Alterações no contexto”.

Se estivermos atentos a tudo o que já foi mencionado, sem qualquer dúvida que a formação pessoal e profissional de cada enfermeiro no local de trabalho é apoiada pela literatura como fomentadora do progresso de competências técnicas, científicas, e comportamentais dos profissionais, com a interação da equipa multidisciplinar, dos clientes e familiares e, sobretudo, como impulsionadora do pensamento crítico e reflexivo das práticas para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

E3 “São tudo trabalhos que resultam do que tem sido feito na supervisão clínica e que aí está não surgiriam se não tivessem existido esses momentos (...) conseguiu transportar para o grupo toda uma série de conhecimentos resultantes de um trabalho que ela fez em que houve uma sistematização de conhecimentos e de normas que acabam por ser importantes para o serviço, para que todas tenhamos o mesmo conhecimento da situação e que possamos atuar da mesma forma”;

E4 “(...) estão a ser criadas as normas e protocolos, tudo que diz respeito à atividade do serviço está a ser protocolado e isso surge de reuniões (...). Formação”;

E6 “(...) num dos trabalhos é rever os guias de apoio aos doentes, rever algumas táticas de ensino, existe também algo relacionado com horários de atividades e visitas (...) eu acho que neste momento eles preocupam-se mais porque também estão a elaborar normas, há uma maior uniformização (...) pois em relação a um projeto que já entrou as pessoas viram realmente que era uma melhoria e já se mostraram mais satisfeitos.”

De facto, a SCE associada à formação e à introdução de novos projetos trouxe melhorias em diversos campos tendo, assim, facilitado todo o processo de implementação da SC.

Um estudo realizado por Nettleton e Bray (2008), os autores referem que apenas 8% dos enfermeiros atestam que as suas funções foram devidamente reconhecidas. Daí a urgência de por em prática algumas estratégias, com o objetivo de motivar e estimular a adesão aos processos de supervisão. Acrescentam também que podem ser adotadas, nas instituições de saúde, medidas de incentivo como a implementação de novos projetos, a elaboração de programas de formação para os supervisores relacionada com as suas atividades, bem como algumas contrapartidas financeiras, no sentido de envolver e comprometer os enfermeiros supervisores nos processos formativos e pedagógicos (Garrido, Simões e Pires, 2008).

E6 “(...) primeiro o pouco tempo que deram, mas apesar de tudo deram algum tempo para as reuniões. E isso parecendo que não, e se dessem mais algum tempo talvez os resultados fossem melhores (...). Existem as reuniões com os investigadores, em que as pessoas, esclarecem as limitações ou falhas que têm e que depois as vão tentar ultrapassar através de projetos, que vão desenvolver com o apoio dos colegas e com o apoio dos supervisores”.

Pires (2004) defende que é através da formação, mais especificamente por intermédio da intervenção do enfermeiro supervisor que se conseguem, no processo de SCE, resultados na melhoria das competências e capacidades dos supervisados, estimulando-os de forma a integrarem os conhecimentos teóricos na prática de cuidados.

E3 *“A amamentação é uma área que foi logo trabalhada por algumas colegas e que resultou de um trabalho sistematizado (...) quer de uma linguagem uniformizada de falar com as parturientes porque é muito importante a linguagem que as pessoas utilizam (...) temos todos que ter a mesma linguagem para falarmos de facto uma linguagem que seja entendida por todos como igual”.*

Através da formação e modificação de mentalidades, este conceito foi gradualmente comparado à relação de ajuda entre supervisor e supervisionado, com o objetivo de que este melhore o seu trabalho num processo dinâmico entre os dois participantes e em que o supervisionado tem um papel ativo no seu processo de crescimento profissional (Garrido, 2004).

A SCE é observada como um processo impulsionador no desenvolvimento de saberes, competências, valores e atitudes profissionais, pela reflexão e responsabilização individuais de cada enfermeiro pelos cuidados prestados (OE, 2010; Hyrkäs *et al.*, 2006). Assim, o contributo da SCE traduz-se numa melhoria efetiva dos cuidados direcionados às necessidades dos clientes, mas também num aumento da satisfação dos profissionais, na medida em que veem o resultado positivo do seu trabalho reconhecido.

E2 *“(...) uma nova organização das equipas de trabalho e há trabalhos que estão a desenvolver com benefícios para a qualidade dos cuidados prestados que já estão a ser postos em prática”;*

E6 *“Existem as reuniões com os investigadores, em que as pessoas, esclarecem as limitações ou falhas que têm e que depois as vão tentar ultrapassar através de projetos, que vão desenvolver com o apoio dos colegas e com o apoio dos supervisores (...) as coisas já estão muito melhores, pois as pessoas já começaram a ver alguns resultados, começaram a perceber mais um pouco (...) E o facto de se começarem a obter resultados as pessoas começam a ver que afinal de conta não é só papel.”*

Através da análise das unidades de registo apresentadas concluímos que a comunicação surge como um elemento importante no conceito de SC, e consequentemente, na capacidade de liderança do supervisor, pois pode afetar o comportamento e o desempenho do supervisionado condicionando, à partida, as metas estabelecidas pelo processo supervensivo.

Silva (2001 cit. por Santos e Silva, 2003, p. 98) refere que “Uma comunicação adequada é difícil porque a maioria dos estímulos é transmitida por sinais e não por símbolos. As pessoas têm um conjunto próprio de ideias, valores, experiências, atribuindo a cada sinal um significado não só denotativo, mas principalmente conotativo”. Na SC, a comunicação desempenha um papel fundamental para o exercício da influência e para a coordenação das atividades em grupo, bem como para a própria afirmação do processo. Daí a importância de uma comunicação diretiva, precisa e objetiva por parte de todos os intervenientes, isto é, dos responsáveis pela implementação do projeto e dos supervisores.

Silva, Pires e Vilela (2011) acrescentam que, apesar dos impedimentos e das necessidades expressas pelos supervisores, estes sentem que o investimento na sua preparação foi importante para o seu desenvolvimento, a sua formação pessoal e para a melhoria contínua dos cuidados.

Em suma, conclui-se que muitas vezes foram encontradas as soluções para os problemas existentes, nomeadamente nas reuniões que existiram entre supervisores e supervisados, as quais lhes permitiram encontrar as soluções mais adequadas ao longo da implementação do modelo de SCE.

Não obstante, tudo isto só foi possível porque houve colaboração/autorização por parte da instituição para implementação do modelo, constituindo este um fator facilitador de grande importância. No que se refere a esta temática, criou-se a subcategoria “Participação da instituição”.

De facto, o primeiro passo para obtenção da aplicação do estudo passou pela autorização da instituição referida. Este aspeto é visível ao longo do discurso dos participantes, onde praticamente todos se referiram à importância da autorização da direção para que este projeto pudesse ser colocado em prática.

E1 “Ter um conselho de administração sensível a esta abordagem e a este tema de SVC”;

E2 “(...) interesse do enfermeiro diretor (...) em apostar no projeto (...) conseguiu com que a administração apoiasse (...) a parte da direção do serviço estava muito empenhada e envolvida”;

E4 “Interesse da administração”;

E5 “(...) um dos fatores facilitadores passa antes de mais pela autorização pelo enfermeiro diretor (...) um enfermeiro diretor é um indivíduo que tem que estar aberto e fazer uma avaliação muito global daquilo que se faz e tem que ter um grande objetivo para a instituição de um modo global”.

Embora já tenha sido demonstrado que a SC é uma estratégia adequada para aperfeiçoar a prática clínica dos enfermeiros, nos dias de hoje ainda se sente alguma oposição por parte dos profissionais e das instituições para a sua implementação. No entanto, no CHMA foi dado o benefício da dúvida, e foi permitida a implementação de um modelo.

Todos os fatores que dificultam a implementação de um modelo de SC podem ser minimizados se suportados por decisões estratégicas coerentes. Tal como afirmam White e Winstantley (2009), para que o ideal se torne real é necessário um investimento de todas as partes: instituição, enfermeiro e cliente.

Um entrevistado faz a seguinte afirmação:

E5 “Às vezes quando há problemas também é positivo porque me obriga a ter que atuar”.

Jones (2006) assume que na enfermagem a supervisão clínica é vista, muitas vezes, como um processo impositivo e hierarquizado que emerge em resposta a um erro ou a uma imprudência. Não obstante, são os erros que nos fazem refletir e alterar comportamentos. Frequentemente, a realidade passa pela adoção de passos erróneos, que nos obrigam a refletir e a refazer comportamentos face a determinadas situações. Logo, os erros não devem ser sempre vistos como falhas, mas como situações pontuais que permitem melhorar comportamentos e atitudes. Nesta perspetiva, eles constituem-se em vantagens, fatores que produzem alterações e melhoria na assistência ao cliente.

Abreu (2007) acrescenta que a implementação da SCE vai auxiliar a qualidade nos contextos de saúde através da adoção de uma filosofia de gestão que irá permitir alcançar uma maior eficácia e eficiência. Espera-se que as instituições de saúde encontrem as estratégias a implementar nos seus serviços, na procura de uma qualidade gradual que se transforme na satisfação dos clientes, dos profissionais e, finalmente, da própria instituição.

Santiago e Cunha (2011) reforçam a utilidade da contribuição da organização e da distribuição da equipa de enfermagem consoante as necessidades de cuidados aos clientes. A ideia dos autores vai no sentido de ajustar as aptidões e pontos fortes de cada membro da equipa a cada caso concreto, isto numa perspetiva de qualidade na assistência à pessoa.

E2 *“A forma de organização de trabalho, a distribuição de recursos (...). Em relação às dotações têm-se conseguido ultrapassar, tem-se consigo convencer as administrações em relação a dotar e a garantir que aquele mínimo de cuidados esteja garantido”;*

E4 *“Dotação das equipas”.*

A eficácia da SCE não deve estar desintegrada da estrutura hospitalar. Por exemplo, a gestão de recursos humanos é um aspeto que abrange todas as decisões, nomeadamente no que concerne à seleção, formação, desenvolvimento, recompensa e relações com os funcionários (Bilhim, 2002).

Donabedian (2003) concorda com esta ideia, acrescentando que para existir sucesso na implementação da SCE são necessárias algumas estruturas como recursos físicos e materiais disponibilizados para a prestação dos cuidados, recursos humanos e financeiros existentes e características organizacionais passíveis de demonstrar a organização e distribuição do trabalho.

A nível desta categoria, ainda existe um entrevistado que ressalva a importância da relação entre os supervisores, supervisados e o enfermeiro chefe.

E5 *“(...) o líder tem que ser visto como um amigo, ele tem que ser um amigo, que ajuda a desenvolver e que está ali, é mais um compincha”.*

Garrido (2004), no seu estudo, refere que para além das competências humanas e relacionais, o líder deve apresentar as seguintes características: disponibilidade, simpatia, neutralidade, entendimento, saber dialogar, saber gerir conflitos, mestria de liderança, fidelidade, dinamismo, relacionamento interpessoal, espírito de equipa e a amizade.

Ao longo da análise de dados, a SCE também mostrou ser um fator facilitador para a “Certificação do contexto”, daí se ter criado esta subcategoria.

E5 *“(...) neste momento a ordem já está a fazer a certificação dos contextos e também dos colegas em termos individuais e evidentemente que a mim interessa-me que os meus serviços estejam certificados”.*

No MDP (OE, 2010) é referido que os contextos acreditados com base nos princípios de idoneidade formativa preconizados pela OE garantem uma maior qualidade nos processos de

desenvolvimento profissional e de certificação de competências, pela criação de condições para a prestação de cuidados com qualidade, bem como de ambientes favoráveis à prática da supervisão. Tendo um modelo de SCE já implementado, alcançar a idoneidade dos contextos será, por princípio, uma tarefa mais fácil.

Na implementação de um modelo de supervisão existem vários fatores que se assumem como facilitadores no processo. Dos fatores citados pelos participantes destaca-se a motivação através do *feedback* positivo e construtivo; as alterações verificadas no contexto através da criação de normas e protocolos; a participação da instituição quer através do envolvimento do líder quer através do interesse da administração e da dotação das equipas; o interesse na certificação do contexto e a passagem de turno. A passagem de turno foi referida como sendo um momento privilegiado e essencial para a melhoria contínua dos cuidados porque constitui um momento de avaliação do que se fez. Acrescentam ainda que ela não deve invalidar a existência de outros momentos formais de reflexão.

2.5. Fatores Inibidores

Nas situações de mudança, diversos são os fatores que podem limitar a realização do projeto ou colocar em causa o seu sucesso. As limitações podem ter diversas naturezas: as características dos profissionais; os clientes envolvidos e o contexto social, organizacional, económico e político do serviço onde será implementado o modelo de SCE (White e Winstantley, 2009).

Assim e, na ótica de alguns autores, os obstáculos ou limitações na implementação de um modelo de SC podem ser do tipo pessoal e organizacional. Esta ideia é também sustentada por Bennett *et al.* (2001), que mencionam que as barreiras para a implementação da SC advêm de fatores individuais e, de uma forma mais ampla, de questões organizacionais (quadro 4).

Quadro 4: Fatores Inibidores

Categoria	Subcategoria
Fatores inibidores	Recursos
	Mobilidade profissional
	Participação da instituição
	Não envolvimento dos profissionais
	Desconhecimento acerca da SC
	Satisfação profissional
	Inexperiência profissional
	Comunicação
	Resistência à mudança

Um dos fatores considerados pelos entrevistados como limitador à implementação do modelo de SC, associado à conjuntura social atual, é os “Recursos”, humanos e materiais.

Não obstante, em 2009, a OE vem referir que a qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar, na qual os enfermeiros exercem um papel basilar, uma vez que um dos pressupostos estabelecidos pela OE diz respeito à política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. O interesse para conseguir esta qualidade compete não só aos profissionais de saúde, mas também às instituições, às infraestruturas, aos equipamentos e às dotações (OE, 2007).

E1 “Temos menos enfermeiros, existe maior probabilidade de acontecerem mais falhas, mais facilidade de ocorrerem erros, mais stress (...) diminuição dos recursos humanos (...) uma maior dificuldade em adquirir material clínico mais específico/melhor para evitar riscos, como por ex. adquirir cateteres com abocath que tenha a agulha protegida e nós não podemos adquirir porque são mais claros (...) dotar os serviços com mais pessoal, com material mais específico, embora o que o que eu tenha presentemente dá para trabalhar sem correr riscos, mas existe outro material que poderia reduzir mais os riscos”.

Nos tempos que vivemos, o economicismo, nas diversas vertentes, é sem dúvida uma estratégia a implementar nos contextos de saúde. Falamos da rentabilização financeira, dos recursos humanos e recursos materiais, pelo que, os recursos disponíveis para cuidar das pessoas doentes são cada vez menos, não obstante, as necessidades atuais de cuidados aumentarem devido ao incremento da esperança média de vida, bem como a diminuição dos recursos económicos para os cidadãos na globalidade, que acabam muitas vezes por desistir do regime terapêutico instituído por falta de condições financeiras.

No entanto, os enfermeiros empenham-se em prestar melhores cuidados com menos, sempre com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados, procurando a eficiência e

eficácia. Pereira (2009) define a eficiência como a capacidade de maximizar os resultados em saúde pelo uso de menos recursos, particularmente económicos.

Um dos obstáculos várias vezes enfatizado reporta-se à “Mobilidade profissional”, isto é, a transferência entre serviços, fazendo com que não se criem raízes, com que se não invista mais naquela área, pois só a experiência nos consegue permitir fazer uma observação mais sistematizada.

E2 “(...) é um grupo muito mobilizado...são serviços onde as pessoas não gostam de estar muito tempo e as pessoas pedem transferência com muita facilidade. E não se criam as condições para que as pessoas se fixem lá e que se mantenham durante algum tempo ligadas ao serviço o que também faz com que esta maturidade da equipa não seja a desejada (...) deveria dar algum cuidado maior às equipas e perceber que as pessoas em termos de mobilização tivessem algum tipo de fidelização ao serviço”;

E6 “(...) de referir que em 2008 a aplicação do projeto teve mais êxito que nesta altura porque não havia tanta rotatividade da equipa de enfermagem”.

Thomas e Reid (1995) já se referiam a estes obstáculos à implementação da SCE, indicando três principais: carência de indivíduos treinados como supervisores; falta de estrutura supervisiva, que proporciona muitas vezes, o questionar o papel do supervisor por parte do supervisionado e, por fim, os serviços em que existe uma elevada mobilidade, um acréscimo de admissões e uma carga de trabalho elevada, onde a SC é muitas vezes abandonada e renunciada.

A continuidade de um processo como a SCE é uma das dificuldades mais experimentadas e relatadas pelos supervisores. O distanciamento ou uma pausa na implementação/coordenação de um processo de SC pode ser um indicador representativo do grau de organização da instituição que é necessária para que o modelo que foi implementado permaneça depois do término dos estudos por parte da equipa de investigação (White e Winstantley, 2009).

É também de acrescentar que a SCE é um processo com frutos a médio e longo prazos e, atendendo à alta mobilidade dos recursos humanos na saúde, as administrações dos hospitais estarão mais predispostas a continuar a investir na formação técnica com resultados imediatos na eficiência profissional, do que a incentivar e aumentar o desenvolvimento profissional consistente e prolongado.

Garrido (2004, p. 44) refere: “Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada”.

Carapinheiro e Lopes (1997), no estudo que efetuaram referem que são os serviços de medicina que têm maior percentagem de pedidos de transferência entre os enfermeiros, exacerbado pelo facto de não serem selecionados como a primeira escolha para a sua colocação.

No PNS 2011-2016 (MS, 2010b, p. 5) pode ler-se:

O impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades para intervenção médica com novos conhecimentos e tecnologia, a mobilidade dos recursos humanos, os novos mecanismos de financiamento e as expectativas públicas e políticas têm implicações no modo como os cuidados de saúde hospitalares são prestados.

Em 2006, a OE refere que a mudança frequente dos enfermeiros nas instituições não ajuda o progresso da cultura organizacional associada ao interesse pela sequência de um desempenho qualificado.

Outra subcategoria que foi identificada denominou-se “Participação da instituição”, pois tudo gravita em seu torno. Nesta subcategoria refere-se o papel que as organizações desempenham a nível dos serviços e dos profissionais que aí exercem as suas funções. Quando aludimos à instituição, referimo-nos nomeadamente a gestores de unidade e a gestores superiores, como serviços administrativos e enfermeiro diretor.

Garrido (2004) entende que existem diversos fatores que podem conturbar a implementação de um processo de SCE, nomeadamente a reorganizações nas instituições, as quais dependem não só dos profissionais, da sua formação e da alteração de práticas, mas também da própria organização da instituição. Logo emerge a importância de investir na formação dos projetos das instituições e não ser concebida à margem destes. Trabalhar e formar não podem ser atividades distintas; a formação deve ser feita no quotidiano e constituir um processo ininterrupto. Devem ser os próprios profissionais a decidir as necessidades de formação permanente com base nos problemas e na organização das suas instituições. A esta perspetiva, que valoriza a matriz contextual das circunstâncias do desempenho profissional dos enfermeiros, deve corresponder uma abordagem reflexiva, dialética e crítica, em atualização constante.

E2 “(...) é um erro que não é só das pessoas que estão lá ou do enfermeiro chefe, ou da pessoa que está a gerir o cuidado, também é muitas vezes um erro da própria administração (...) são as próprias organizações que não estão corretamente orientadas para que determinado erro ou determinada situação não aconteça (...) E isso não depende só do enfermeiro chefe. Tudo depende muito também da gestão superior...de conseguir fazer entender à administração da instituição de que para nós termos isto temos que ter dotações diferentes nos serviços, manter essas dotações e garantir que uma parte da organização do trabalho, esteja também contemplada a reflexão nas práticas e nos estudos que as pessoas têm que desenvolver”.

Todo o funcionamento da organização só decorre de forma harmoniosa se existir participação e interesse por parte de todos os profissionais da instituição.

Dubar (1997) assume como essencial a produção das práticas profissionais, particularmente para processos de socialização profissional, pessoal e de formação, a qual consiste basicamente na reintrodução de novas formas de socialização profissional, de modo a levar ao incentivo de todos os profissionais e, por sua vez, ao desenvolvimento dos contextos de trabalho, numa dinâmica simultaneamente formativa e de construção identitária.

Heidemann (1998/1999) acrescenta ainda que uma instituição de saúde só é acreditada se reunir *a priori* as condições exigidas, segundo um determinado referencial, para a prestação de cuidados de saúde. Ou seja, é consentido à instituição um grau de confiança para o desempenho de uma atividade, sendo que a qualidade dos cuidados de saúde é indissociável da presença de enfermeiros, elementos fundamentais nas organizações prestadoras de cuidados, integrados na dinâmica de controlo da qualidade dos cuidados, encarregando-se pela avaliação e controlo da sua área de atuação.

Pires (2004, p. 46) acrescenta:

Uma instituição onde se promova o desenvolvimento humano, só poderá ter sucesso, através de profissionais autênticos, coerentes, humanos, facilitadores, ativos, integradores e que proporcionem a todos a quem dirijam os seus cuidados, melhores condições de vida, de bem-estar e de conhecimento, adotando atitudes positivas, independentemente das diferenças raciais, sociais, culturais, físicas, psicológicas ou outras.

A atitude introdutora e proativa desta instituição de saúde, sendo pioneira nesta área de intervenção, constitui-se como unidade de referência no panorama da saúde em Portugal, dando um grande contributo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, através das ações de formação e investigação que tem proporcionado aos seus profissionais. Os modelos de supervisão têm maior probabilidade de insucesso se não forem cuidadosamente planeados. Não obstante, isto não se verificou pelos diversos testemunhos apresentados pelos entrevistados:

E2 "(...) a parte da gestão do serviço também está num momento conturbado e isso faz com que as pessoas não tenham conseguido identificar, isto é, identificaram o processo de melhoria mas ainda não os colocaram em prática";

E6 "(...) porque toda a gente diz que dá o tempo, mas é o tempo da hora da reunião e inicialmente dava-se uma hora e elas duravam duas ou três horas. E depois as pessoas tinham que se reunir no tempo deles".

Chilvers e Ramsey (2009) referem que, na sua generalidade, uma das preocupações mencionadas na literatura, quando se fala na implementação de um modelo de SCE, é o fator tempo. Acorda-se por "*fator tempo*" o que é usado para o desenvolvimento das sessões ou de outras atividades relacionadas com a SCE, tempo este encarado como essencial para a eficácia da SC. Presentemente, o nível de trabalho imposto ao enfermeiro prestador de cuidados já é excessivo. Se lhe for atribuída uma responsabilidade suplementar como a SC, então o seu nível de trabalho torna-se ainda mais exacerbado.

Um dos fatores muito mencionado é a atitude, capacidade de gestão dos líderes em liderarem ou em se ajustarem a esta nova realidade, manifestando-se assim como um obstáculo de grande impacto.

E5 "(...) acho que o projeto não foi tão bem acompanhado, tão bem desenvolvido, a equipa é mais jovem, precisava de ter uma chefia para trabalhar mais com eles, não tem trabalhado e evidentemente que com isto que quem estava orientar também não conseguiu (...) temos enfermeiros chefes, que eu tenho algumas dúvidas se eles teriam competências para serem

enfermeiro chefes (...) o problema reside sempre no reconhecimento dos elementos da equipa, das competências do líder. Porque se a equipa não reconhece competências no líder, ele nunca será líder (...). As dificuldades que foram encontradas, foram em termos de liderança e de chefia, a primeira dificuldade, acho que não houve um acompanhamento no sentido de incentivar e acompanhar o próprio processo. E para mim foi essencialmente isso”.

Segundo Vendemiatti *et al.* (2010), os líderes surgem como agentes importantes nas alterações ocorridas no local de trabalho, pois são os responsáveis pela difusão das práticas de gestão. No presente momento, com a crescente discussão em torno da liderança em enfermagem, surge o desenvolvimento da capacidade para liderar, sendo essencial preparar estes líderes para a tomada de decisão nos serviços e para articular com o exigido pela instituição. Eventualmente, ainda, para mediar os interesses que perpetuam nas equipas, para elaborar e adequar os projetos à realidade do serviço, uma vez que a liderança potencia o trabalho em equipa e a cooperação (Higa e Trevizan, 2005).

No contexto da enfermagem atual, a liderança surge como um elemento fundamental no desenvolvimento de ações relacionadas com a competência e habilidade do enfermeiro líder, assim como no estabelecimento da comunicação e em ações diretivas com o objetivo de promover a participação e envolvimento das pessoas no alcance das suas metas pessoais e profissionais (Santos e Castro, 2008).

Não obstante, e como se pode validar pelas seguintes unidades de registo, verifica-se que os enfermeiros gestores não têm conhecimentos acerca da temática, demonstrando dificuldades diversas:

E6 “Eu acho que o chefe está muito à parte. Eu pelo menos sinto isso (...) devia haver uma maior participação e interação com os gestores, com os vários grupos, pois é importante o feedback, para se saber o que está a decorrer e também como forma de se ter a garantia que as coisas estão a suceder (...). Até porque eu também não tenho nenhuma formação em SC. E não estando dentro da aérea a dificuldade em motivar e criar novas coisas é difícil (...). Se fosse uma temática reconhecida seria mais fácil, assim torna-se complicado. Pois a maioria das pessoas não tem conhecimento acerca da supervisão. Os conhecimentos que muita gente tem advêm das pesquisas (...) e por mais que eu quisesse ser moderadora na gestão dos conflitos, também não consigo, porque não tenho conhecimento de causa (...) eu acho que o enfermeiro chefe devia estar mais a par dos projetos (...) muitas vezes estamos um bocadinho à parte”.

O líder, no processo de liderança, é obrigado a fazer uma pesquisa incansável de conhecimento e de repartir esses mesmos conhecimentos com todos os liderados, é determinante que o líder tenha uma comunicação eficiente, responsabilidade, saiba ouvir, credibilidade, confiança e um bom relacionamento interpessoal (Faria, 2007; Souza *et al.*, 2013).

Souza *et al.* (2013, p. 282) citam o termo liderança, como um “(...) processo de exercer influência sobre uma pessoa ou um grupo de pessoas que se esforçam por alcançar o seu objetivo em situações determinadas”.

O comportamento do líder propicia um reflexo no desempenho do grupo, uma vez que este se espelha num modelo em que acredita ou que percebe como necessário para a execução das suas práticas. O líder é a pessoa mais capaz de encaminhar a atenção dos envolvidos e dirigi-la para ideais comuns, envolvendo-se no sentido de aproximar e ajustar interesses grupais e individuais em consonância com os objetivos comuns.

E6 “(...) o facto de eu não assistir às reuniões também nunca sei o que se passa, e a informação que me chega nem sempre é uniforme. Por um lado sim senhor concordo, pois (...) é para evitar que pensem que a supervisão é um ato de avaliação (...) realmente concordo, que com um maior envolvimento, que o chefe mesmo sem querer, pois é muito complicado ser totalmente imparciais e não julgar determinadas atitudes. O chefe estar presente é complicado porque existe o factor avaliação, o chefe estar totalmente a leste também é complicado (...). Pois eu tenho consciência que a nossa presença altera comportamentos, mas a nós também nos poderia ajudar a lidar melhor com as situações”.

Por conseguinte, reforça-se o distanciamento dos enfermeiros chefes nas reuniões supervisivas, mas ao mesmo tempo torna-se um obstáculo para ultrapassar alguns problemas que possam surgir ao longo da implementação do projeto. Na presença dos enfermeiros gestores, os supervisores, iriam estar menos à vontade e teriam a sensação de estar sob avaliação, pois são conceitos difíceis de distinguir.

Curtis e O’Connell (2011) dizem que uma excelente comunicação é um notável instrumento utilizado no sentido de desenvolver a autoconfiança dentro das equipas de enfermagem. Chiavenato (1999) assume que a avaliação de desempenho em nada tem que ver com a SC, pois esta é necessária nas instituições, permite alcançar um conjunto de objetivos que vão desde aprimorar a produtividade ao apoio nas resoluções sobre a relação jurídica de emprego dos funcionários, mas também ao julgamento da atuação dos profissionais.

Outros fatores emergentes da análise dos dados foi o “Não envolvimento dos profissionais” na implementação do modelo de SC. Tal como Silva *et al.* (2006) referem, um dos grandes desafios da atualidade é o de criar um ambiente motivador para os funcionários das instituições. Pois se o contexto de trabalho não proporcionar um nível de satisfação adequado aos seus trabalhadores, existe uma tendência natural para a redução do seu esforço. Cabe às instituições promover este ambiente satisfatório, com um sistema de recompensa, para que os profissionais se sintam mais motivados a produzir mais e melhor e com maior satisfação e participação. Só com o empenho e envolvimento de todos os profissionais, no contexto de trabalho, é que bons resultados são alcançados. No entanto, na análise de dados verificaram-se diversos fatores que dificultaram a implementação do modelo de SCE.

E2 “(...) há uma falta que nós profissionais de enfermagem, despertemos, acordemos para as vantagens que tem uma supervisão (...) as pessoas que não estiveram envolvidas na construção do modelo que pretendiam para o seu serviço também ainda não absorveram bem as vantagens desse modelo (...). Agora falta o passo mais difícil que é a consciencialização e a mudança de comportamentos”;

E6 “(...) tive que me chatear com eles, para se decidirem para verem se ficavam dentro ou fora. A mudança de hábitos e a mentalidade, é difícil. Mas já se fizeram progressos. Atualmente, tirando uma ou outra vez que ainda é necessário lembrar”.

Assim o carácter reflexivo da SCE impulsiona nos enfermeiros uma transformação positiva no seu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-os mais cientes da sua prática e responsabilizando-os pela prestação de cuidados seguros, isentos de riscos e de qualidade aos clientes.

Abreu (2002) refere que o processo supervisivo é formado por uma parte técnica, que coenvolve a fase de integração das partes envolvidas, em que o foco de atenção é o supervisionado, no processo que irá acontecer e nas técnicas a utilizar. Nesta fase ainda existe um elevado nível de dependência do supervisionado para com o supervisor, pela sua insegurança e ignorância acerca do processo e onde são estabelecidos os objetivos após o diagnóstico das situações relevantes. O supervisionado, com a sua carência de conhecimento, vai desenvolvendo atividades em torno de uma ideia do seu supervisor. Nesta dimensão, a autoestima vai aumentando pelas próprias características do supervisor.

Macedo (2009), refere que é urgente observar a SCE como o desenvolvimento da prática com o intuito de levar à autoavaliação e ao crescimento das capacidades reflexivas dos supervisionados, com consequente melhoria na qualidade dos cuidados. Devemos também contemplar outras funções da SC como a indispensabilidade de estabelecer uma cultura de aprendizagem, cujo objetivo passará por aumentar os conhecimentos acerca da área de desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Um participante também menciona que um dos fatores a trabalhar na área da SCE é a relação, pois esta também é considerada um obstáculo à implementação:

E5 “Uma das áreas que nós temos que trabalhar imenso em termos de enfermagem é a relacional”.

Cottrell e Smith (2005) são da mesma opinião, referindo que o tipo de aproximação a ser adotada na relação interpessoal é essencial para o sucesso do processo supervisivo. A relação na SC está maioritariamente associada à relação supervisor/supervisionado, com o objetivo de que este melhore o seu trabalho (Garrido, 2004) através de um processo ativo entre os dois intervenientes e em que o supervisionado tem um papel preponderante no seu processo de crescimento profissional.

De acordo com o art. 9.º do Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, fazem parte do conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, entre outros, os seguintes deveres: i) Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem, efetuar os respetivos registos, e ainda cooperar nas atividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar na respetiva organização interna; ii) promover programas e projetos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas e ou orientá-las; iii) fomentar

programas e projetos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como associar-se em equipas e ou orientá-las; iv) desenvolver e cooperar na formação realizada na respetiva organização interna; v) orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores.

Não é essa a ideia que é transmitida pelos entrevistados, pois a enfermagem ainda é observada como a mera prestação de cuidados ao cliente e família.

E2 "(...) nós achamos muitas vezes que trabalho para nós é prestação de cuidados, e tudo que passa para além da prestação de cuidados direta, na relação enfermeiro-utente, enfermeiro-cliente, como lhe preferirmos chamar, tudo que vai para além disso é trabalho que não é visível e é trabalho que eu não tenho obrigação de fazer. Eu tenho obrigação de fazer chegar ali, tratar dos meus doentes, tratar das pessoas que me estão atribuídas e depois o resto mais nada. (...) incomoda as pessoas. Porque não percebem que aquilo que a instituição lhe está a fazer não é nada que não esteja nas funções de enfermagem";

E2 "(...) as pessoas acham que quando chegam ao serviço têm um computador à frente onde fazem os registos, que as coisas nasceram assim num estalar de dedos e que não houve todo um processo de desenvolvimento e de crescimento da instituição e da profissão e o que estava para ser feito já foi feito e não é";

E3 "(...) aquela conceção apenas e só que se vem trabalhar e que se tem doentes a seu cargo e que tem que prestar apenas e só cuidados ao doente é errada, nós temos muito mais que isso".

Apesar de os participantes terem referido que, de um modo geral, a supervisão teve uma aceitação positiva, é de salientar que tal foi principalmente referente à supervisão na integração de novos elementos no serviço. Em situações de SC entre a equipa, ainda que informal, realça-se que alguns dos entrevistados disseram que a aceitação da supervisão depende muito da personalidade do supervisionado, assim como da informação sobre SCE que possuem. Se existem colegas que aceitam bem a supervisão, há também outros que continuam a atribuir um carácter negativo à mesma, como já referido, pelo que não têm uma atitude positiva e construtiva em relação às atividades de supervisão desenvolvidas. Tornam-se, assim, fatores inibidores.

E5 "E esse é que é o grande problema, quando se faz o desenvolvimento em equipas mais jovens, pois eles são confrontados também com a sua incompetência e daí a sua desilusão. E depois fazerem os desvios para o lado (...). Conflitos que fazem parte do ser humano";

E6 "(...) contribuir para que o outro desenvolva as competências e que ele assuma isso e que depois o outro também reconheça que o outro também o possa chamar atenção, o que numa equipa jovem pode criar muitos conflitos, porque não tem a maturidade suficiente para entenderem aquilo como um benefício no desenvolvimento".

Cruz (2012, p. 100) não concorda e refere que:

(...)[à] semelhança do conceito de SCE, os modelos nesta área são diversos, contudo importa realçar que o facto de os modelos de SCE existirem é uma prova do reconhecimento da maturidade da profissão (Abreu, 2002), que os enfermeiros necessitam de apoio contínuo na sua prática profissional, pelo que os modelos são referenciais operatórios para que este suporte não seja feito ad hoc, e que não existe 'o modelo de SCE' pelo que devem ser os intervenientes no processo que o devem definir, de modo a que este possa dar respostas às necessidades in loco.

No entanto, segundo o testemunho dos entrevistados, nem sempre os colegas aceitam ser supervisionados, não admitem ter um supervisor, acham que não carecem de qualquer supervisão específica, o que conduz a que não se obtenha uma implementação da SCE efetiva e eficaz e à desresponsabilização e desmotivação em relação ao processo supervisivo. Mas é evidente que para muitos dos participantes esta negação da aceitação da SCE está também relacionada com a escassa e errada informação sobre o conceito de SCE.

Pelo facto de se verificar que existe um “Desconhecimento acerca da SC”, esta foi uma das subcategorias identificadas, pois traz significativas dificuldades na implementação do modelo. Apesar de provado que a SC é uma estratégia adequada para melhorar a prática clínica dos enfermeiros, nos dias de hoje ainda se sente alguma resistência por parte das equipas.

O termo supervisão suscita alguma apreensão. Inicialmente, trazia associado a ideia de inspecção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática tradicional de supervisão, perdurou durante muitos anos na indústria e também na enfermagem, anulando a iniciativa e produtividade das pessoas, reduzindo-as exclusivamente a peças de uma engrenagem (Garrido, 2004, p. 30).

Embora a definição de SC apresente uma nítida evolução e uma crescente atenção por parte das organizações de saúde, trata-se de um conceito ainda tido como confuso entre profissionais quanto à sua natureza e definição, não tendo reunido um consenso (Garrido, Simões e Pires, 2008; Abreu, 2007).

E2 “(...) as pessoas ainda estão muito conotadas que a supervisão é como algo que vêm avaliar e que é algo que em tempos na carreira de enfermagem existiu e ainda existe, não é a figura do enfermeiro supervisor e era alguém que vinha com a função de avaliar o que estava bem e o que estava mal (...) até os mais novos ainda vêm isso nesse momento (...) supervisionar, é avaliar é conotar algo de positivo ou negativo e não é identificar pontos de melhoria ou pontos de desenvolvimento, sempre com a vertente que não é o erro que nós queremos encontrar mas é evitar o erro e utiliza-lo como um momento de aprendizagem”.

A presença de concepções erróneas origina sentimentos de aprisionamento entre os profissionais e consequentemente barreiras à SCE. Garrido (2004) refere que este significado se deve ao facto de inicialmente o termo supervisão ser associado apenas a inspeção, em que um indivíduo/enfermeiro mencionado como supervisor, através da verificação das práticas, pretendia identificar o que estava errado na atuação dos profissionais, designadamente na execução de procedimentos técnicos.

Para contrapor essa teoria, Cottrell (2002) apresenta uma perspetiva de política supervisiva, referindo-se à SC enquanto relação entre o supervisor que comunica os seus conhecimentos e experiências aos colegas da prática, para o progresso na mesma de conhecimento e valores. Esta relação permitirá constituir, conservar e melhorar padrões de cuidados e promover a inovação na prática clínica. O mesmo autor refere também que a SC é

uma atividade que deve ser contínua e desenvolvida por enfermeiros qualificados. Esta consiste num compromisso que se deve desenvolver durante a carreira do profissional de enfermagem.

É urgente mudar mentalidades para se obterem melhores resultados. Um participante refere que é de extrema importância a mudança de significado acerca da SCE:

E2 "(...) a capacidade de as pessoas perceberem o que se pretende com a supervisão e de os manter motivados para fazerem/aderirem a este projeto, para aderirem a este novo modelo de organização de serviço e de organização dos cuidados. Essa foi a grande dificuldade";

E5 "(...) a perspetiva que eu tenho, é que o facto de ser uma equipa mais jovem, viram na supervisão clínica, não o factor de desenvolvimento das suas competências para os ajudar a prestar os melhores cuidados (...) viram a supervisão clínica como algo que lhes desse alguma formação para depois poderem caminhar numa outra área".

Segundo Abreu (2007), a SCE é um processo ativo, interpessoal e formal de suporte e de desenvolvimento de competências profissionais, usando a reflexão, apoio, indicações e monitorizações, que vão contribuir para a formação pessoal e profissional do supervisionado, bem como o aumento da qualidade dos cuidados e da segurança do cliente.

Cross, Moore e Ockerby (2012) envolvem na definição de SCE a presença de uma relação empática com o intuito de aumentar a confiança, as competências e conhecimentos da prática clínica, bem como o estabelecimento de uma prática reflexiva. Para além disto, enaltecem o papel do *feedback* e a sua interação com a reflexão sobre situações vivenciadas nos cuidados de enfermagem prestados. Crê-se como indispensável que os enfermeiros, ao longo da sua prática clínica, reflitam nos cuidados e, ao mesmo tempo que lhes é dado *feedback*, modifiquem e adequem as suas intervenções à situação em questão.

Hancox *et al.* (2004) referem que a melhor forma de evitar conceções erradas acerca do tema SCE é não continuar o seu desenvolvimento, sem antes existir um esclarecimento/formação acerca da desmistificação da temática, de forma a todos os intervenientes saberem quais são os objetivos que querem traçar e alcançar, no intuito de evitar o insucesso da implementação do mesmo.

Na análise de dados efetuada, verificou-se que desde o início tanto os supervisores como os supervisionados não entenderam o verdadeiro objetivo da implementação da SC, tendo pressentido como um momento de aumento de trabalho, que se traduziu na realização de trabalhos escritos de forma académica, algo que lhes iria exigir tempo, o que a tornou um fator dificultador.

E2 "(...) algumas pessoas ainda não perceberam qual é o objetivo do trabalho, o que é que se pretende com as pessoas, que isto não é um trabalho académico e que é um trabalho da instituição";

E6 "Porque até aí as pessoas achavam que o que se exigia era só trabalho e as pessoas revoltaram-se".

A supervisão clínica entre pares é muitas vezes confundida com a supervisão clínica de estudantes. Myall *et al.* (2008) afirmam que a aplicação destes conceitos pelos diversos autores nem sempre é consensual. De um modo geral, o termo *clinical supervision* (CS) está mais direccionado para os processos de supervisão de pares, enquanto os processos de supervisão de estudantes e de integração à vida profissional estão mais ligados aos conceitos de *mentorship* e *preceptorship*, respetivamente.

Outra subcategoria identificada e de extrema importância é a “Satisfação profissional”, pois sem profissionais realizados será de todo impossível concretizar a proclamada diminuição do absentismo.

E2 “No entanto, trabalhar num serviço onde não estamos satisfeitos também não é o ideal (...) existem sem dúvida elementos motivados, mas um no meio de 20 é como uma maça podre, contamina rapidamente. Chega-se à desmotivação. Quase que só são meia dúzia é que estão a lutar porque os outros dizem faz tu o trabalho”;

E5 “(...) a os enfermeiros não estão satisfeitos, e por isso é que eu também não sei como é que conseguiram implementar o modelo”;

E6 “Existem alguns enfermeiros que não estão motivados e só estão a fazer por obrigação (...) também porque inicialmente viram isso como imposição”;

Halfer (2007); White e Winstanley (2006) e Goode e Williams (2004) referem que os programas de SC são muitas vezes pensados como bons investimentos, dado os custos significativos ligados ao afastamento da profissão e outros benefícios, como aumento da motivação e produtividade. Além disso, a evidência científica alvitra que os programas supervisivos fomentam a motivação dos profissionais das organizações de saúde e, consequentemente, a sua produtividade, o que leva a uma maior eficiência no trabalho.

Pires (2004, p. 122) refere que “A efectividade da relação supervisiva é fortemente condicionada pela confiança e atitudes entre os intervenientes pelo que deve haver um envolvimento dos actores, bem como da própria organização em assegurar as condições propícias ao desenvolvimento da mesma”. Reiteramos portanto a importância de uma boa relação entre supervisor/supervisado/investigadores.

Constatou-se que a fonte desta desmotivação pode residir no conceito inicial construído acerca da SC, que depois de desmontado, trouxe confiança e a consequente motivação dos enfermeiros supervisionados.

Verificou-se também que depois de superada a fase da desmotivação e do desconhecimento de todo o processo, a maioria dos supervisores e supervisionados consideravam que a equipa estava motivada para o seu envolvimento na implementação do modelo e para a promoção de mudanças que consideram como positivas para o seu serviço.

E2 “(...) embora os incomode também a alguns, não quer dizer que não estejam satisfeitos”;

E3 “O processo tem que ser sempre um processo evolutivo para melhor e portanto eles têm que se envolver nas mudanças e tem que ser motores de mudança também. Se eles não estiverem envolvidos e empenhados em nada resulta”.

Na ótica de Abreu (2001), o supervisor tem várias vertentes. É formador quando desenvolve momentos de aprendizagem em contexto, expande conhecimentos e técnicas. É consultor quando cria uma relação efetiva de ajuda, disponibilizando-se em termos de saberes e de si próprio enquanto recurso humano, auxiliando a impulsionar as mudanças essenciais. É conselheiro quando entende os problemas identificados através de uma avaliação que tem à sua frente.

Sem dúvida que a “Inexperiência profissional”, e a falta de maturidade, são fatores inibidores.

E2 “Quando falo em falta de maturidade (...). Mas isto também tem a ver com a nossa personalidade e a forma como encaramos a profissão (...) são pessoas muito jovens, recém-formadas (...) é importante para o despertar das pessoas e para perceberem as mais-valias e garantias, fez com que estas pessoas ainda não conseguissem despertar e ainda não conseguissem perceber os objetivos do trabalho, a finalidade do trabalho e o que é que se pretendia com estas situações”;

E6 “Temos o problema, que para mim (...) já é um problema de formação, o pessoal recém-formado (...). O pessoal mais novo, e não só neste serviço, é geral parece-me ser um erro de formação pessoal e também um erro de formação das escolas que deixaram de incutir isso”.

Abreu (2007) refere que na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais: i) o reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade; ii) o reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Ainda acrescenta que o desenvolvimento profissional, conforme uma perspetiva psicossocial, pode originar a diminuição acentuada de competências de carácter técnico-científico.

Segundo o mesmo autor, a SCE é a única forma de garantir que os recém-licenciados se integrem mais depressa e cumpram os requisitos que os serviços nacionais de saúde impõem, uma vez que a SC tem como base a cooperação entre o supervisor e o supervisionado, para que este desenvolva competências e habilidades para o seu exercício profissional e que articule a teoria com a prática clínica.

Conclui-se, assim, que pela falta de maturidade e talvez até mesmo de experiência de vida nomeadamente no mundo profissional, os supervisionados mais jovens têm uma postura geradora de conflitos. A origem dos conflitos é diversa, desde o confronto de gerações – pela diferente educação e formação que receberam no curso de enfermagem, passando pelos objetivos, crenças ou motivações individuais.

As teorias mais modernas consideram-nos inevitáveis, assumindo-os como consequência da interação entre as pessoas e que, dependendo da sua intensidade e da maneira como forem

tratados, podem ser ou não salutar para o ambiente de trabalho (Marta *et al.*, 2010). Sendo assim, os conflitos são uma componente presente e muitas vezes essencial num grupo de trabalho, pois do conflito surge a discussão, e da discussão o consenso.

“O conflito pode ser definido como desacordo interno ou externo resultante de diferenças de ideias, valores, culturas ou sentimentos de duas ou mais pessoas. Para se administrar os conflitos nas unidades assistenciais é essencial conhecer a sua origem” (Marta *et al.*, 2010, p. 605).

Perante os dados, é consensual que os enfermeiros necessitam de apoio e orientação para o desenvolvimento das suas práticas, pois estas vestem-se de uma complexidade mais ascendente do que aquilo que é preconizado pelas teorias de enfermagem (Benner, 2001).

A forma como se comunica também demonstrou ser um fator inibidor, pelo que se achou pertinente criar a subcategoria “Comunicação”:

E6 “(...) a maneira como se transmitiram as informações (...) falta de uniformização, quanto a mim é que está a prejudicar o modelo e a sua implementação (...) o processo esteve estagnado (...) porque a comunicação foi mal feita”.

O modo como as palavras são transmitidas é sempre muito subjetivo e ao longo da implementação do modelo, o método utilizado na transmissão da informação nas reuniões de supervisão teve várias interpretações, provocando atrasos na implementação do modelo. Ao que parece, não se estabeleceu uma relação de abertura entre os supervisores, supervisados e investigadores, não existindo desta forma à-vontade para a partilha de informação.

Também foi mencionado que uma das razões que pode ter levado a este tipo de acontecimentos foi o facto de os supervisados não irem sempre às reuniões dos supervisores a que estavam associados, não se criando assim uma relação de empatia a qual é fomentada pela SCE.

E6 “(...) existem as reuniões de supervisores e supervisados, e cada um vai assistir às reuniões que lhe dá jeito, o que eu acho que é completamente errado, porque se determinados enfermeiros estão agrupados com determinado supervisor e se estabelecem com ele uma relação de supervisão e se estabelecem com ele projetos, não tem nada que ir a assistir a reuniões que não sejam do seu grupo (...) os grupos de supervisados irem sempre às reuniões dos seus supervisores (...) ao fim de um determinado número de reuniões, acaba por se criar uma cumplicidade e um à vontade e do que se estiverem noutro grupo não conseguem. Desta forma começam a conhecer os pontos fortes e fracos dos outros. Começam a sentir-se mais à vontade, já não têm tanto medo de serem criticados”.

Pires (2004) pronuncia-se em idêntico sentido, referindo que a efetividade da relação supervisiva é fortemente condicionada pela confiança e atitudes entre os participantes do processo, pelo que deve haver um envolvimento dos atores, bem como da própria organização com o fim de assegurar as condições propícias ao desenvolvimento da mesma. Nas relações que mantém com os supervisados, o supervisor deve estabelecer um clima de confiança. Os

participantes consideraram essencial a confiança entre o supervisor e supervisionado para que a relação supervisiva fosse efetiva.

Sloan (1999) e Fowler (1996) estabeleceram como características vitais do supervisor a capacidade de estabelecer relacionamentos de apoio, conhecimentos e habilidades clínicas, expressar o compromisso de promover e fornecer SC e ter boas habilidades de escuta. É importante que exista uma relação de abertura entre supervisor e supervisionado, para que todos se sintam à vontade para a partilha das preocupações, dúvidas ou até problemas a melhorar. Encarando-a como uma relação de abertura e diálogo, quase de igual para igual, a mesma torna-se auxiliadora da comunicação entre as duas partes, para que leve o supervisionado a sentir-se menos condicionado na sua prática e evolua genuinamente.

Outro factor inibidor está associado à mudança, pois todo o ser humano oferece sempre alguma resistência ao desconhecido. Portanto criou-se a subcategoria “Resistência à mudança”.

E6 “(...) depois o problema maior é que em relação à mudança todos nós somos um bocadinho renitente, é fruto do ser humano”.

Bush (2005) já se pronunciara em idêntico sentido, referindo que as barreiras para a implementação da SC admitem fatores pessoais e organizacionais, onde as dificuldades pessoais se reportam aos sentimentos vivenciados pelos indivíduos no processo de implementação, designadamente o medo de mudança, a falta de confiança, conhecimentos, habilidades, a incapacidade de reconhecer a necessidade de supervisão e a teimosia em abdicar das rotinas e hábitos de trabalho. Por outro lado, as barreiras organizacionais englobam a imposição da SC pela organização, o apoio da organização, a escolha dos supervisores, a hesitação por parte dos supervisionados no que diz respeito à confidencialidade e à segurança, de forma a não haver repercussões.

Garrido (2004) refere que diante de uma situação de mudança é essencial corrigir práticas profissionais de acordo com a nova realidade, e a ratificação das necessidades formativas é um fator pilar para o sucesso de implementação dessa mudança.

Da pesquisa bibliográfica e em forma de súmula, são vários os fatores inibidores na implementação da SCE. Cheater e Hale (2001) indicaram o estudo realizado por Bishop (1998), onde este chegou à conclusão que as dificuldades e barreiras fundamentais para o sucesso da SCE englobam: i) a sobrecarga de trabalho; ii) a falta de tempo; iii) os escassos recursos humanos qualificados; iv) a falta de apoio aos supervisores clínicos; v) as concepções erradas dos enfermeiros sobre a SCE.

Williams e Irvine (2009) realçam a falta de tempo dos enfermeiros supervisores para executar supervisão efetiva, sendo logo a principal barreira ao sucesso da implementação da

SCE. Veem o tempo destinado à SCE como essencial para o desenvolvimento e suporte dos intervenientes para que a SC consiga vingar na área da enfermagem.

Um entrevistado refere que no momento atual existe outra dificuldade a ultrapassar:

E4 “(...) não havendo cobertura financeira não existe concretização. E atualmente não há. Nem que se comprove por A+B que é uma coisa que a longo prazo vai trazer regalias para o hospital”.

É evidente o momento de crise que atualmente se vive. Tal como o participante refere, se não se comprovar as vantagens que a longo prazo a SC traz para a instituição, esta nunca será colocada em prática. Estes dados estão de acordo com Lunney (2004, p. 71), quando refere que as instituições de saúde e nomeadamente os hospitais são “(...) entidades burocráticas cujo equilíbrio financeiro é o principal objetivo”. Pode-se inferir que um dos défices atuais está relacionado com os recursos humanos, que são de extrema importância para a qualidade da prestação de cuidados. As lideranças têm dificuldades em adequar o número de profissionais a essa mesma qualidade de cuidar, principalmente por questões financeiras propostas pelas organizações. É com este intuito que as lideranças em enfermagem buscam soluções e novos modelos de gestão, no sentido de colmatar as necessidades a nível de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, evitando que se transformem em obstáculos à qualidade dos cuidados prestados e à segurança dos utentes (Magalhães *et al.*, 2009).

Da análise dos dados depreende-se que existem vários fatores inibidores na implementação da SCE. Os discursos salientaram algumas das barreiras que dificultaram o processo, das quais se destacam: as conceções erradas acerca da SC; a falta de recursos humanos (dotações) e material de uso clínico; a rotatividade de enfermeiros; o não envolvimento dos profissionais e da própria instituição; a sobrecarga de trabalho (falta de tempo); a desmotivação e a in experiência da equipa (equipa jovem e com maturidade reduzida). De salientar que o não envolvimento no processo de SC se deve essencialmente ao facto de que alguns profissionais ainda não perceberam o objetivo da SC, não perceberam que este é um trabalho que tem interesse para a instituição e não interesse meramente académico.

2.6. Papel do Enfermeiro Gestor

De modo a estabelecer a implementação da SCE, considera-se importante perceber a forma como esta se poderá aplicar no modelo, na estrutura de qualidade e, ao mesmo tempo, na estrutura de formação permanente, ou seja, compreender como se poderá efetuar a integração deste processo na estrutura hospitalar.

O enfermeiro gestor, pelas características que apresenta, pode facilitar a implementação do processo de SC. De acordo com a análise do discurso dos entrevistados, foram traçadas seis subcategorias que seguidamente serão apresentadas (quadro 5).

Quadro 5: Papel do Enfermeiro Gestor

Categoria	Subcategoria
Papel do enfermeiro gestor	Reconhecer o erro
	Ter uma atitude positiva
	Sensibilização dos órgãos de gestão
	Gerir recursos
	Estar motivado
	Gerir conflitos

Relativamente à subcategoria “Reconhecer o erro” engloba-se não só a experiência de ter cometido erros, mas sobretudo a consciência da necessidade e do valor de o ter reconhecido. Só assim pode haver um aperfeiçoamento constante com origem no autoconhecimento.

E1 “(...) reconhecer também quando nós erramos”;

E5 “(...) porque de certo modo também me está a levar que eu tenha que refletir sobre determinadas situações, só por isso é vantajoso. Como disse as coisas não se avaliam só pelos bons resultados. Resultados no sentido de serem mais positivos ou mais do meu agrado. No fundo não obtive um resultado positivo, mas o que observei vai provocar também em mim a reflexão e pensar na mudança”.

Só é possível ter perceção do erro se existir reflexão “na” e “sobre” a prática, de outra forma passaria impercetível. O erro pode colocar em risco um profissional de saúde, um cliente ou até mesmo a instituição. Rothgeb (2008) refere que além da importância de reconhecer e corrigir os erros, estes devem ser explicados e refletidos, salientando os aspetos que requerem aperfeiçoamento.

A SC tem importância na melhoria da superação do erro ou do incidente, levando ao desenvolvimento pessoal e profissional, à reflexão sobre a prática de forma a modificar e aperfeiçoar comportamentos. Este procedimento permite-nos atingir o objetivo máximo que é a qualidade e segurança dos cuidados.

O enfermeiro responsável de serviço, neste caso sendo mais um líder do que um chefe ou gestor, além de todas as funções que desempenha a nível da gestão e da supervisão, é um elo de ligação dentro da equipa. É ele que conhece todos os profissionais que compõem a equipa que lidera, devendo ter a capacidade de se compreender a si e aos outros (Malagutti e Caetano, 2009). Fragata e Martins (2008) têm uma forma muito particular de se referir ao erro da área da saúde, dizendo que os erros são inevitáveis e a sua análise deverá incidir mais sobre

os vícios do sistema e menos sobre a tão banalizada culpabilização dos indivíduos. A fiabilidade e a qualidade de uma organização de saúde residem fundamentalmente no modo como sabe lidar com os seus erros, minimizando as suas consequências e aprendendo a preveni-los. Sem dúvida que foi o que o entrevistado nos quis transmitir. Os erros revelam-se como capitais e muito importantes para o crescimento individual e profissional. Irão contribuir em muito para a nossa aprendizagem. O enfermeiro líder deve ser capaz de observar o erro como uma oportunidade para a mudança, pois só assim pode incentivar a melhoria.

Uma atitude muito valorizada pelos nossos líderes entrevistados foi a postura que têm como responsáveis de serviço, existindo um conjunto de atitudes que são essenciais para conseguirem e fazerem alcançar os objetivos propostos pela instituição. Isto concerne “Ter uma atitude positiva” que, de acordo com a análise dos dados, conduz a um desenrolar de resultados mais significantes, rápidos e eficazes. Mas para tal é preciso:

E1 “(...) saber elogiar os profissionais quando eles merecem (...) Incentiva-los também realmente a atualizarem-se e a adquirir mais informação e formação nesta área da SCE”;

E2 “O papel fundamental do enfermeiro gestor (...) é conseguir ter a equipa mais motivada, mais unida, melhor segurança, melhor organização dos cuidados”;

E3 “(...) uma líder que os consiga motivar para que eles possam ser melhores que é isso que eu tento fazer porque penso que também que é o que se procura que superiormente eu seja (...) é motivar de facto, procurar que as pessoas estejam envolvidas na situação”;

E4 “(...) se ele não estiver motivado e interessado as coisas não funcionam”;

E5 “(...) papel do enfermeiro gestor é acompanhar e contribuir para o desenvolvimento das competências, obrigando-se a refletir para atingir os objetivos, ou seja, ela tem que partilhar os objetivos e tem que os implicar e tem que os desenvolver de acordo com as competências do colega”;

E6 “(...) a nível da motivação (...) motivar melhor as pessoas”.

Existem autores que referem que para as estratégias em SCE resultarem é necessário motivação. No que se refere à motivação dos profissionais, Franco (2000, p. 39), no seu estudo destacou a importância da subsistência de “(...) factores reais de motivação e que o docente de uma forma sistemática e autêntica acentue o sentido daquilo que é oferecido ao profissional, como compensação pelo seu esforço”.

White e Winstantley (2009, p. 898) refutam que o suporte por parte da gestão é considerado como um aspeto útil para que a SC seja estabelecida de forma mais eficaz. Inclusive:

A maioria dos supervisores treinados referiram que o apoio demonstrado pela sua superior, e gestora da unidade, bem como o contacto regular com o seu coordenador e o entusiasmo e a coesão emergentes dos supervisados que participavam nas sessões foram os factores que contribuíram de forma mais eficaz para que estes estabelecessem supervisão clínica.

Acrescentam ainda que “A supervisão clínica é um processo estruturado de apoio pessoal que se tem mostrado como um contributo muito positivo para a gestão dos serviços em saúde

e que se tem revelado como fundamental, obtendo até um papel central, no estabelecimento de políticas em todo o mundo” (White e Winstantley, 2009, p. 95).

Aos enfermeiros gestores/líderes compete a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, bem como, despertar e motivar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades dos clientes, conduzindo-os à satisfação (Decreto-Lei, 247/2009, de 22 de setembro).

E5 “(...) os enfermeiros chefes (...) não se podem esquecer que eles é que são os responsáveis pelos resultados dos cuidados que prestam e são prestados (...) que o objetivo é que se prestem os melhores cuidados e que se assegurem os cuidados com os recursos menores (...) o enfermeiro gestor de unidade tem que se aproximar daquilo que são as metas que foram estabelecidas para essa prestação dos cuidados”.

Este objetivo, considerado *major*, só será conseguido recorrendo a um conjunto de estratégias para o alcançar.

Malagutti e Caetano (2009, p. 77) dizem que:

(...) o líder de cada processo, o responsável pelos resultados da sua equipe, é imprescindível que o gestor da enfermagem compreenda a competência como resultado da combinação de múltiplos saberes – saber-fazer, saber-agir, saber-ser – capazes por sua vez, de proporcionar respostas efetivas aos desafios advindos do actual contexto.

O apoio é uma estratégia que ajuda o supervisionado na sua prática clínica, visto que, reduz o *stress*, previne o *burnout* e aumenta a satisfação pessoal. Entre os aspetos mais valorizados na SC é de relevar o suporte pessoal, o suporte emocional e o uso terapêutico do ego na relação supervisiva, sendo estes influenciados pelo contexto organizacional e cultural onde a SC se desenvolve, e ainda pelo grau de liberdade com que é permitido ao supervisionado e ao supervisor clínico reconhecerem e desenvolverem habilidades emocionais (Garrido, Simões e Pires, 2008). No entanto, não se pode esquecer de outras estratégias essenciais como o motivar e o elogiar. É importante motivar, sempre pela positividade e pelo prazer, devendo ir ao encontro do que motiva mais cada um dos elementos, o líder deve ser sensato no que diz e faz, devem ser oferecidas oportunidades de desenvolvimento e mudança, ter uma comunicação eficaz e objetiva. É importante elogiar com sinceridade uma atitude que tenha desenvolvido com sucesso. Pois, é importante que o líder se aperceba quando o enfermeiro procura a sua aprovação, quando demonstra alguma insegurança, é nestes momentos que é essencial saber observar e elogiar. Irá trazer mais autosssegurança, confiança e melhor desempenho (Leal, 2009).

Enfermeiros com níveis elevados de motivação no trabalho produzem mais e não querem mudar de serviço. Por outro lado, elevados níveis de desmotivação no trabalho mostraram-se associados a níveis também elevados de absentismo e custos para a organização.

Kleinman (2004) estudou o comportamento dos enfermeiros líderes e a motivação surge naturalmente, como aspeto elementar na procura de uma maior eficiência na qualidade de cuidados de enfermagem prestada, estando associada à satisfação dos trabalhadores.

Um bom líder, tal como vem sendo asseverado, deverá ser aberto e extrovertido, questionador, sensível, orientado para os resultados, decisivo, crítico, adepto de experiências e tolerante a erros, carismático, capaz de inspirar confiança e entusiasmo, calmo, disposto a ouvir, caloroso e empático, livre de considerações de prestígio e corajoso.

Um dos participantes refere o quanto é importante dar liberdade. No entanto, esta deve ser controlada para obter sucesso.

E3 “(...) as temáticas que elas estão a trabalhar com a liberdade por parte da chefia porque (...) se está a fazer com acompanhamento meu em termos de conhecimento do que se está a passar...processo que lhes permite ter liberdade para elas nesse aspeto trabalharem aquilo que ela entenderam sobretudo aspetos que são importantes nesta área e que resultam em mais-valias para o serviço (...). A minha postura em termos de chefia é que eles se desenvolvam nos processos de mudança”.

Nesta afirmação o líder, dá toda a sua confiança, apoio e coopera com a equipa, para que exista a motivação necessária para o desenvolvimento dos trabalhos que, por sua vez, irão trazer benefícios para a tríade enfermeiro-serviço-unidade de cuidados.

Outra função importante do enfermeiro gestor é definida com a subcategoria denominada “Sensibilização dos órgãos de gestão”:

E1 “(...) sensibilizar os superiores hierárquicos e os enfermeiros do meu serviço no sentido de todos perceberem que é uma mais-valia a SCE nos serviços”;

E3 “(...) sensibilizar os gestores para a necessidade de haver tempo, porque isto gasta tempo, portanto dentro da gestão de escalas, é importante que haja espaço para que seja integrado naquilo que é um horário de um profissional”.

Verifica-se assim, a importância de uma relação profissional, entre os líderes de serviço e a administração da instituição. Esta revela ser um pilar importante para facilitar a implementação da SCE.

Em 2001 Hyrkäs *et al.* (cit. por Bradshaw, Butterworth e Mairs, 2007), revelam o importante papel do enfermeiro gestor do serviço como agente facilitador da SCE, uma vez que pode proporcionar tempo e meios necessários para o desenvolvimento das sessões de SCE. Mas para que tal aconteça é, antes de mais, necessário que as organizações de saúde incluam a SCE na identificação das necessidades dos enfermeiros. Neste estudo a SCE revelou ser um aspeto fundamental, onde se identificou uma melhoria na racionalização dos custos e nos cuidados aos clientes como resultado da sua aplicação.

Segundo Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011), a maior barreira para a aplicação da SCE baseia-se na falta de compreensão acerca da natureza e dos objetivos desta por parte dos enfermeiros e dos gestores. Malagutti e Caetano (2009) dizem que uma das habilidades dos

líderes, é terem capacidade de ação, isto é, a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, de transformar conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação.

Os enfermeiros líderes sentem a obrigação de ajudar as suas equipas, facultando os meios necessários para a concretização dos projetos. Para tal têm que recorrer aos seus superiores hierárquicos:

E6 “(...) depois tentar arranjar-lhes os meios para eles conseguirem levar a cabo os seus projetos”.

Faz parte das funções de qualquer líder, além da gestão administrativa, fazer também a gestão dos recursos humanos, materiais e muitas vezes emocionais, entre outros. Por esta razão foi criada a subcategoria “Gerir recursos”.

E3 “(...) as coisas às vezes têm que ter alguém que una as pontas todas e que tenha uma visão global. Porque às vezes as pessoas estarem a trabalhar pequenos grupos vêm a parte e não vêm o todo (...) é uma equipe que é muito heterogénea (...) portanto, estamos aqui a falar com pessoas com diferentes níveis até de conhecimentos. Às vezes tem que se gerir isto de uma forma que às vezes não deixa de ser desgastante, digamos assim”.

Girling et al. (2009), partilham dessa opinião referindo que deve existir um elo de ligação entre a gestão e a prática clínica, sendo que os responsáveis pelos órgãos de gestão devem discutir com os membros da equipa as necessidades de aprendizagem que identificaram durante as sessões de SC. Também devem ser debatidos com os supervisores os progressos alcançados no desempenho deste novo papel e das necessidades de aprendizagem que reconheceram. Assim, o suporte por parte do líder é visto como uma forma eficaz para que a SC seja estabelecida sem problemas.

Hudson (2008) menciona que a liderança para se mostrar eficaz tem que ser organizada, delineada e desenvolvida e adiciona que os seus benefícios trazem inovação, satisfação profissional, mais flexibilidade e integração na mudança, melhor liderança nos processos supervisivos, levando ao aumento da qualidade e rapidez nas decisões.

De acordo com o supracitado referimos na análise a seguinte expressão:

E2 “(...) o chefe pode conseguir perceber quais são os grupos em que nós temos os elementos mais fortes em termos de uma área do conhecimentos e misturar as pessoas para que as equipas estejam e não sejam todas com experiência em determinadas áreas e tenham capacidade dentro da equipa pessoa diferenciadas para uma determinada área e outros que estejam numa fase de aprendizagem”.

As habilidades de liderança são vitais num contexto de saúde em constante mudança, tendo em vista a manutenção e a melhoria dos padrões de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. Este acréscimo dos padrões de qualidade fomentará, equitativamente, o aumento dos níveis de satisfação dos clientes e dos próprios enfermeiros da equipa. É exigido aos enfermeiros que lideram uma equipa, ou a enfermeiros que lideram um processo de

manutenção dos padrões de qualidade, que motivem a sua equipa para atingirem os objetivos a que se propuseram (Curtis e O'Connell, 2011).

De acordo com a OE, outra das funções dos enfermeiros líderes é a gestão da qualidade e de tudo a que ela está associado.

E5 “(...) o enfermeiro chefe, é responsável pela gestão de cuidados, e a seguir pela gestão de recursos humanos e pela gestão de recursos materiais”.

O líder não tem apenas que gerir mudanças frequentes quer ao nível dos recursos humanos quer dos recursos materiais, ele deve ser um elemento harmonizador da multiculturalidade dos elementos da equipa. Tem também que se ajustar à evolução tecnológica e às exigências dos clientes, que se apresentam cada vez mais e melhor informados.

Outra das funções por parte dos enfermeiros gestores é a realização dos horários, para que os supervisores e supervisados possam ir às reuniões de SC.

E6 “(...) a nível de organização dos horários”.

Os líderes têm que organizar o horário de enfermagem de acordo com as necessidades dos enfermeiros que têm por turno, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhes também a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes e, além disto, dar-lhe disponibilidade de horário para poderem participar nas reuniões de SC.

Em suma, pode dizer-se que o líder deve ser uma pessoa apta para encaminhar a atenção dos envolvidos e dirigi-la para ideais comuns, esforçando-se no sentido de aproximar e ajustar interesses grupais e individuais em concordância com os objetivo.

Já foi mencionado, que uma das atitudes mais referidas pelo líder de uma equipa é a motivação. Não obstante, para motivar torna-se quase uma obrigatoriedade estar motivado, pois de outra forma perderá muita da eficácia. Por este facto outra das subcategorias é “Estar motivado”.

Um entrevistado vinca bem a importância da existência desta característica por parte do líder:

E2 “(...) SCE tem êxito num serviço se o gestor daquele serviço também participar, se estiver envolvido e se estiver embrenhado (...) se perceber que aquela ferramenta lhe pode em termos de organização de trabalho lhe pode potenciar muito a organização do serviço e a segurança e a melhoria dos cuidados de todos os profissionais e a satisfação até de todos os profissionais”.

Cruz (2012, p. 74) refere que “(...) é importante destacar que a motivação e a liderança, mesmo possuindo tantas diferenças, andam juntas, pois um líder precisa ter motivação para influenciar sua equipa nas tomadas de decisões”. A atitude de todos os elementos da equipa tem influência no serviço. Não obstante o líder tem um papel central, é importante que este crie um ambiente de trabalho agradável, para que todos se sintam motivados e exista um

maior desempenho nas atividades. O mesmo autor acrescenta ainda que, o cumprimento de todas as metas tornam-se fundamental, uma vez que é preciso definir onde se está e onde se pretende chegar com o apoio de todos os envolvidos. Portanto, o profissional precisa de estar motivado para melhor desenvolver as suas capacidades, superando e abrindo limites à sua produtividade.

A influência no processo de motivação, interação e desenvolvimento nos aspetos sociais, profissionais e de aprendizagem dos enfermeiros, faz-se se o líder tiver capacidade para influenciar de forma positiva a sua equipa de trabalho e para o conseguir com maior sucesso tem que estar motivado, e dentro de todo o processo.

E6 “(...) nós estarmos dentro dos projetos de investigação que sejam feitos na instituição”.

Cruz (2012, p. 75) refere que todos os indivíduos necessitam “(...) da motivação para levantar suas necessidades individuais”. O líder de serviço também tem outro papel primordial e, muitas vezes difícil de desempenhar, que é “Gerir conflitos”.

E3 “O papel das chefias é essencial, que o facto de conhecer as pessoas, tem que saber lidar com a gestão de conflitos (...) intervir quando é necessário”.

Bilhim (2007) corrobora, enfatizando que o líder deve ter controlo, motivar as pessoas e ajudar na resolução de conflitos.

Na perspetiva dos participantes, o líder deve ser uma pessoa com características intrínsecas, tais como, ser organizado, calmo e tranquilizador da equipa, bom gestor de conflitos e ter capacidade para manter a equipa unida.

2.7. Papel do Supervisor Clínico

O supervisor clínico em enfermagem tem como função principal e fundamental apoiar o desenvolvimento do profissional, com o intuito de o ajudar a torneir as dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. Tem um papel central na melhoria da qualidade dos cuidados. Este objetivo só será alcançado dependendo da relação entre o supervisor e supervisionado.

Cross, Moore e Ockerby (2012) mencionam que a SCE envolve a construção de uma relação de empatia entre supervisor e supervisionado como suporte ao desenvolvimento das competências clínicas, dos conhecimentos e de uma cultura de prática reflexiva. Implica que este processo se desenrole num ambiente sustentado em que é concedido a cada profissional envolvido o espaço necessário (quadro 6).

Quadro 6: Papel do Supervisor Clínico

Categoria	Subcategoria
Papel do supervisor clínico	Orientar

Os participantes do estudo para a categoria “Papel do supervisor clínico” disseram:

E1 “(...) o papel do supervisor é, de um acompanhamento/ajuda entre o nosso par no sentido de crescermos pessoal e profissionalmente acima de tudo”;

E3 “(...) garantirmos que prática de cuidados (...) procura o desenvolvimento do profissional”;

E6 “(...) o objetivo dos supervisores é orientar e ajudar nesse crescimento, de forma a ajudar a pessoa a superar os problemas/limitações que tem”.

Estes dados vão ao encontro dos pressupostos de Sá-Chaves (2007). Para o autor, um dos objetivos da supervisão é ajudar, encorajar e cuidar de forma a contribuir para o desenvolvimento humano. Acrescenta que o processo de supervisão pressupõe a construção de uma relação entre o supervisor e supervisionado, no sentido de ampliar competências e conhecimentos, desenvolvendo-se pessoal e profissionalmente. Com o desenrolar do processo, o supervisor vai reduzir cada vez mais a sua atuação, fomentando a autonomia, a liberdade responsável e a autocrítica do supervisionado.

E2 “(...) garantirmos que prática de cuidados é segura e que façamos uma garantia da segurança e da qualidade dos cuidados e que ao mesmo tempo haja uma interajuda entre os 2 pares, entre o supervisor e os supervisionados aí está novamente a melhoria e o crescimento e o desenvolvimento das competências, com vista à segurança da prestação dos cuidados e da qualidade dos cuidados (...) que mutuamente entre pares durante o desempenho profissional nos tenhamos alguém, com capacidade, para nos avaliar, mas, avaliar não será bem o termo, pois a supervisão nunca é avaliar, para nos ajudar a perceber e a refletir sobre a nossa prática de cuidados”.

O supervisor deve ser capaz de abordar os problemas que a prática lhe coloca, adequar as estratégias de supervisão que melhor se adequam à personalidade e conhecimentos do supervisionado e tentar estabelecer com ele uma relação propícia à aprendizagem (Schön, 1987).

O supervisor deve procurar estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências profissionais do formando, por forma a adequar a sua intervenção e comunicação, ajudando-o a progredir e a aceder a um saber, saber fazer e saber ser, necessários a uma intervenção contextualizada e que só é possível através de um saber pensar consciente, situado e partilhado (Sá-Chaves, 2007, p. 75).

Estes corroboram com o que é indicado pela NHS (2004), no sentido de que a SCE permite aos supervisionados e supervisores momentos de reunião para reflexão sobre os cuidados, com o objetivo de solucionar problemas, aperfeiçoar e divulgar a compreensão da experiência adquirida no quotidiano profissional. E isto através de uma prática reflexiva por parte do supervisionado, com a ajuda, orientação e monitorizações sistemáticas pelo supervisor. A SCE é auxiliadora no crescimento profissional e pessoal, tendo em vista o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, a manutenção e promoção de *standards*.

Isto permite que se alcance uma prática de excelência, que terá projeção na saúde do cliente, nomeadamente na sua proteção (OE, 2010; NHS, 2009).

Garrido, Simões e Pires (2007) dizem que o processo da SCE se alicerça na relação entre um enfermeiro, que efetua práticas clínicas, e um outro, que transmite a sua experiência, conhecimentos e valores. Assim, permite aos supervisados melhorarem padrões de qualidade das práticas e desenvolverem a prática pela promoção da inovação.

Waskett (2009) refere que o processo supervisivo passa por várias etapas, nomeadamente as associadas às competências, desenvolvidas ao longo do percurso, nomeadamente, as que facultam o processo de reflexão da prática pelo supervisado, bem como competências que admitam gerir a dualidade, cuidar do cliente ou família e acompanhar o desenvolvimento do supervisado.

Apesar do papel do supervisor clínico ser abrangente, os participantes apenas se referem à orientação. Defendem que essa orientação traz ganhos quer para a garantia da qualidade dos cuidados quer para o desenvolvimento profissional, permitindo ao enfermeiro perceber e refletir sobre a prática dos cuidados.

2.8. Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

A multiplicidade das áreas clínicas e a sua diversidade são fatores preponderantes na escolha do modelo de SCE a utilizar. Tal facto fez com que nos últimos anos surgissem vários modelos de supervisão clínica na área da enfermagem que emergiram das experiências vivenciadas na supervisão de pares (quadro 7).

Quadro 7: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

Categoria	Subcategoria
MSCE	Definição
	Vantagens

Várias são as definições de MSCE:

E2 “Agora que cada instituição adote o seu modelo acho que sim, tem muitas vantagens, porque as pessoas identificam-se com aquilo que estiveram a construir e que já tiveram um pensamento, perceberam o que era a supervisão, que há vários modelos de se fazer supervisão que naquele é interessante aplicar-se aqui até se vai ajustar, mas que naquele há outra coisa. Conseguindo fazer a construção do seu próprio modelo. É muito mais simples e muito mais ajustado. É como ir a uma costureira mandar fazer um vestido à minha medida com o meu corpo ou ir comprar um e depois ter que mandar reajustar”;

E4 *“É uma estrutura, com determinada finalidade, que se pretende mais qualidade, melhoria dos cuidados, é a reflexão, é algo que nos vai levar a que sejamos melhores. Em que a enfermagem se afirme mais como enfermagem”.*

O conceito definido pelos participantes vai ao encontro do apresentado por Garrido, Simões e Pires (2008) uma vez que a opção pelo modelo é determinada pelo contexto onde será implementado. Para Garrido, Simões e Pires (2008) o propósito dos modelos de SCE é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão nos contextos.

Um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação (Abreu, 2007, p. 190) e permite (...) estruturar e descrever para onde vamos, como vamos e o que podemos utilizar (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 16).

Para que se possa implementar um modelo de SCE, ele deve assentar em estruturas e procedimentos bem definidos. Deve existir uma relação aberta, de confiança e apoio entre supervisor e supervisionado. Para além destes preceitos, torna-se necessário que o modelo de SCE estimule uma prática reflexiva, que promova o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado e que resulte em cuidados seguros e de qualidade.

White e Winstanley (2009) afirmam que independentemente do modelo de SC adotado, este carece de ser desenvolvido como um processo reflexivo que ocorre num tempo determinado, dentro de um ambiente de discussão e apoio. Este processo envolve decisões estratégicas e congruentes, pelo que é necessário um investimento de todos os mediadores do processo supervisão, especialmente a instituição, o supervisor e o supervisionado, bem como a relação que eles estabelecem (OE, 2010).

E1 *“Existem vários modelos. O modelo deve ser o mais adaptado a cada serviço, de forma a orientamo-nos todos por determinado modelo, termos todos os mesmos objetivos em detrimento de uma mesma finalidade”.*

Esta afirmação vai ao encontro de Garrido (2004), quando refere que existe uma variedade imensa de modelos, ou seja, não existe um que, por si só, direcione a sua ação para dar resposta a todos os requisitos. O autor refere como fundamental que o modelo a ser aplicado seja acordado entre os diversos atores do processo de supervisão, por forma a dar resposta às suas necessidades, tendo sempre em consideração que nenhum modelo é melhor que outro. A opção por um modelo é motivada pelo contexto profissional e de supervisão onde será implementado, pois a intenção dos modelos é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão nos contextos (Garrido, Simões e Pires, 2008).

Em relação à subcategoria “Vantagens” do MSCE, também várias são as mencionadas, tais como:

E1 *“Temos todos a mesma finalidade a atingir”;*

E2 “(...) apresentado o modelo aos grupos as pessoas verem uma potencialidade para inovação para reflexão e para garantirem e para se promoverem como prestadores excelentes na prática dos cuidados”;

E4 “Basta que os objetivos que a gente pretende transmitir sejam os mesmos, ou a quem a gente está a supervisionar consiga atingir os objetivos, da instituição, do serviço, só isso já é um ganho muito grande. Todos caminharmos em direção a essa finalidade, envolvendo toda a gente, toda a gente lutar pelos mesmos objetivos (...) ter uma visão de uma missão, tudo isso está interligado. Todos lutaríamos na mesma direção”.

Como Sloan *et al.* (2000) referem um modelo não é mais do que uma linha orientadora.

A par dos diferentes modelos de SC que têm sido propostos pela comunidade internacional, importa conhecer, pela sua relevância, o modelo de SC proposto pela OE em 2010. O MDP é designado como um modelo de SCE no qual o processo de SC é acompanhado de forma contínua, com o objetivo de promover a autonomização gradual do supervisionado em contexto profissional. A ação, a reflexão e a colaboração surgem como os eixos centrais do mesmo.

Dos testemunhos dos participantes pode inferir-se que um modelo de SCE deve ser construído em conformidade com as características do contexto. Ele deve ter objetivos claros e inovadores, adaptados à visão e missão da instituição, que estimulem a prática reflexiva e o desenvolvimento profissional, tendo como fim último a qualidade das práticas.

2.9. Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso

Nesta categoria da “MSCE em uso”, pretende-se perceber junto dos enfermeiros os conhecimentos que têm acerca do modelo de SC que foi implementado no CHMA, qual a razão da escolha daqueles supervisores e, por último, se estão ou não satisfeitos com o modelo na sua globalidade (quadro 8).

Quadro 8: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso

Categoria	Subcategoria
MSCE em uso	MSCEC
	Supervisor
	Satisfação

Aqui estão contemplados os pareceres dos entrevistados em relação ao seu entendimento sobre o modelo que foi implementado na instituição, tendo então sido criada a subcategoria “MSCEC”

E1 “(...) foi criado de acordo com a nossa realidade”:

E3 “Modelo este que foi construído nesta instituição de acordo com as características da instituição”.

Estes dados vão ao encontro de quanto Cruz (2008) afirma, referindo que o modelo de SCE tem que ter em conta a especificidade do local onde está a ser realizado, particularmente dos seus profissionais.

O MSCEC teve o seu início num trabalho de doutoramento. Através de um projeto “*Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q*” desenvolvido pela ESEP em parceria com o CHMA, foi dada continuidade ao estudo iniciado, sendo esse modelo implementado.

E2 “Feita uma parceria com a ESEP e também um conjunto de estudantes (...) que vinham à instituição falar sobre novos conteúdos e novos processos que fizessem refletir as pessoas (...) esses grupos depois aperceberam-se, conseguiram refletir nas suas prática de cuidados quais seriam as melhorias que podiam introduzir-se, se podiam fazer melhor ou não podiam fazer melhor (...) o que se pretendia é que as pessoas identificassem processos para melhoria da organização e da prática dos cuidados nas diferentes vertentes que foram focadas”;

E3 “(...) houve formação em sala, que implicou bastantes horas, em que foi explicado todo o modelo e depois passou-se para a prática digamos assim com as sessões. Criou-se a figura do enfermeiro supervisor, todo o contexto e características do supervisor... expressar o que deveria ser objeto do seu trabalho (...). Modelo este que foi construído nesta instituição de acordo com as características da instituição (...). A área foi algo que tocou de facto as pessoas e perceberam a importância, sem dúvida nenhuma, que tinha, e portanto, sentiram também que era uma mais-valia para elas e para o serviço”.

Cruz (2008) concorda com o supracitado, referindo que ao longo da implementação do modelo foi oferecida formação em SC aos enfermeiros que constituíam as equipas dos serviços onde estava a ser implementado o MSCEC, de forma a desenvolverem competências na área da SC. Pretendia-se assim, consciencializar os enfermeiros para a adoção da SCE como uma estratégia prioritária para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Observar o papel da SCE na promoção da segurança dos clientes, na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento de competências dos enfermeiros e desenvolver estratégias para a criação de uma cultura de SC de pares, era outro dos objetivos pretendidos.

No que concerne à subcategoria “Supervisor”, nas unidades de registo podemos encontrar o seguinte:

E2 “O perfil dos supervisores selecionados não versou só sobre quem tem formação na área da supervisão mas também pelo conhecimento das pessoas que se tem da pessoa no grupo, do perfil, para que aquela pessoa tivesse fosse aceite pelos colegas e fosse também reconhecido como alguém com melhor capacidade para fazer o ato de supervisionar (...) pessoas que tinham formação na área da supervisão, não foram selecionadas e foram selecionadas outras que não tinham formação mas tinham experiência por terem participado no projeto anterior e se perceber que pelos pares eram reconhecidos como tendo habilidades e competências específicas para fazerem a parte da supervisão”;

Mais uma vez estes dados vão ao encontro do que foi mencionado pela mentora do modelo (Cruz, 2008), que refere que os critérios para definir o supervisor clínico são: ser um perito na prestação de cuidados; ter formação pós-graduada preferencialmente em supervisão clínica

em enfermagem; ser reconhecido pelos pares; ser ponderado e assertivo; ser detentor de uma capacidade de reflexão crítica do seu trabalho e dos outros; ser capaz de estabelecer relações de confiança (em quem se possa confiar medos, receios, pedir ajuda se necessário); estar efetivamente presente na equipa.

Para Alarcão e Tavares (2003, p. 58) o supervisor pode ser entendido:

(...) como alguém, com mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, um profissional que adopta uma relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável.

Tendo por base os autores referenciados destacam-se algumas das tarefas que os mesmos consideram pertinentes: o supervisor deve acionar o estabelecimento e a conservação de um clima afetivo-relacional; a criação de condições de trabalho que permitam o desenvolvimento pessoal e profissional; o aperfeiçoamento do espírito de reflexão, o autoconhecimento e a mudança.

Pretende-se, assim, que supervisado e supervisor reflitam e discutam conjuntamente sobre os problemas da prática e da sua experiência diária. Neste contexto, a SC é vista como um processo sistemático e continuado, que visa o apoio e o encorajamento da prática profissional.

Em relação à subcategoria “Satisfação”, verificou-se que a maioria dos participantes se encontram satisfeitos com as melhorias que o modelo preconizou:

E1 “Iria trazer mais-valias para eles”;

E2 “Acho que este é sem dúvida o modelo indicado para esta realidade, mesmo não obtendo os ganhos pretendidos (...) foi a capacidade de motivação e de conseguir perceber que o projeto (...) era um projeto de qualidade, que traria mais-valias à instituição”;

E3 “O modelo de supervisão veio ajudar porque ao serem momentos de partilha veio trazer uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados (...). Só espero é que continue, foi uma mais-valia (...) mas sem dúvida que eu acho que eles se sentem satisfeitos (...) Embora nós podemos sempre melhorar (...) eu penso que não mudaria (...) Portanto de alguma maneira pode ser replicada para outros serviços dentro da própria instituição”.

Como já foi várias vezes mencionado, os modelos de SCE trazem associadas várias vantagens, desde a melhoria na qualidade e segurança dos cuidados à reflexão, satisfação profissional e também pessoal.

Mental Health Branch (MHB, 2006) acrescenta que o reflexo das muitas profissões e contextos de trabalho e as necessidades e expectativas dos profissionais em que a supervisão está integrada estimulam o aparecimento de diferentes modelos de SC. Contudo, nesses processos é importante que todos estejam ligados e adaptados à sua realidade.

Do exposto conclui-se que os participantes conhecem o MSCEC e referem-no como sendo um modelo criado de acordo com as características da instituição, que passou por várias etapas, iniciando-se com a formação acerca da SC e seguindo-se a identificação dos

supervisores. Como vantagem referenciam que o modelo permite aos profissionais refletirem sobre as suas práticas de forma a poderem ser introduzidas melhorias.

A satisfação com o modelo foi referida pelos participantes, salientando que traz mais-valias em termos da qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

A investigação produzida em Portugal no domínio da SCE tem vindo a desenvolver-se ao longo dos anos. A discussão atual centra-se no efeito que a implementação de um MSC poderá ter no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, nas unidades de cuidados de saúde, na tomada de decisão e na qualidade de cuidados. De facto, na atualidade a evidência científica dá ênfase não só à curiosidade acerca da temática, como também às vantagens que os diversos modelos existentes podem trazer para o contexto de cuidados. Mas, apesar do investimento verificado nos últimos anos com a SC, esta ainda se apresenta como pouco aprofundada.

A realização deste estudo fez com que, hoje, se possuísse uma visão mais apurada acerca do processo de implementação de um MSCE, facto que permitiu olhar a SC sob uma nova ótica. Nesse sentido, ao concluir esta investigação algumas reflexões emergiram, embora não generalizáveis, pois elas integram-se num modelo de interpretação do real a partir das perspetivas dos gestores das unidades de saúde e gestores das unidades de cuidados. Existe a consciência de que, ao refletir sobre as práticas de supervisão, se está a trilhar caminhos, a propor sugestões, e a contribuir para a sua aproximação aos pressupostos teóricos, procurando compreender os seus contornos e dificuldades.

Pensar na SCE nomeadamente no impacto da implementação de um modelo, sob uma perspetiva desenvolvimentalista, implica ter em consideração diversos fatores relacionados com os atores envolvidos (supervisores e supervisados), a profissão (enfermagem) e o contexto de cuidados (CHMA). Conjuguar estes fatores como influenciadores e potenciadores no impacto que a implementação de um modelo desenvolvido de acordo com as características do contexto foi, sem dúvida, o fio condutor que se procurou manter ao longo deste percurso.

Conscientes de que a investigação na área científica da SCE é um processo complexo, entende-se que o estudo aqui apresentado se afigura apenas como um pequeno contributo

para a compreensão do fenómeno, não sendo pretensão a generalização integral dos resultados obtidos.

Em 2007, Abreu refere que em Portugal a SCE não era uma prática comum, aludindo que foram essencialmente três os momentos que marcaram o início do seu desenvolvimento: i) o movimento da educação, na década de 70; ii) os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem; e, iii) os processos de certificação de qualidade das instituições.

Atualmente, a SCE já começa a ser mais visível e é vista como “(...) um processo formal de apoio e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências, assumir a responsabilidade pela sua própria prática clínica e reforçar a proteção dos consumidores e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas” (DoH, 2000; cit. por Edwards *et al.*, 2006, p. 1008). O processo de apoio deve ser desenvolvido num ambiente de aprendizagem entre profissionais, sendo este, o objetivo primordial da SCE (White e Winstanley, 2003).

De facto, a SCE assume um papel de relevo na autonomização e responsabilização dos enfermeiros pelos cuidados de saúde ministrados, possibilitando a reflexão da prática clínica e respeitando os valores e interesses dos supervisores e supervisados, assim como, os da organização (OE, 2010; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006; RCN, 2003; Faugier, 1994).

Atualmente, a problemática encontra-se essencialmente ligada ao MDP da OE – Lei 111/2009. Por esta via, os enfermeiros começaram a estar mais informados sobre a SCE apesar dos escassos estudos existentes no nosso país, não obstante, existir investigação realizada ligada a orientação de estudantes, que, como é obvio, centra-se na potencialização da qualidade e do sucesso do processo ensino-aprendizagem e não no centro da discussão em supervisão, que constituiu o nosso trigger para esta investigação - ‘a supervisão de profissionais’ (Cruz, 2012, p. 29-30).

Na implementação da SCE, são diversos os recursos que têm vindo a ser identificados como sendo indispensáveis, evidenciando-se a disponibilidade de tempo para a supervisão e os níveis de compromisso com o processo, designadamente entre o supervisado e o supervisor clínico, mudando estes de acordo com a cultura da organização de saúde. Assim, a implementação de um modelo de SCE, traduz-se num associar de sinergias, relacionando o esforço de cada enfermeiro no seu local de trabalho, com o interesse da SCE e a responsabilidade dos gestores das organizações de saúde. As variações na estrutura e processo da SC ocorrem maioritariamente como resultado de políticas locais e decisões de gestores, originando que cada organização de saúde integre a SCE de maneira diferente.

O ponto de partida desta investigação apoiou-se na questão: “Qual o impacto da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado no Centro Hospitalar do Médio Ave?”.

Esta questão fundamentou-se na experiência pessoal como enfermeira na prática de cuidados e como estudante do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem na ESEP, estimulada também por alguns propósitos que conduziram este processo investigativo, dos quais se salienta: i) a não existência de evidência acerca da implementação de modelos de SCE em Portugal; ii) a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento do corpo de conhecimentos na área da SCE; iii) a oportunidade de cooperar com um projeto abrangente com interesse quer para o país, quer para a instituição de saúde participante, quer para a comunidade científica portuguesa.

Como sustentação teórica examinaram-se vários pressupostos relacionados com a SCE e a sua prática. Iniciou-se abordando o conceito de SC, sua influência na qualidade em saúde e o papel da gestão na sua implementação. Seguidamente foram discutidos os modelos de SCE existentes, as dificuldades habitualmente sentidas na implementação de modelos e terminou-se descrevendo o modelo de SCE adotado. A importância e as mais-valias da SCE foram realçados ao longo de todo o documento pelos diversos estudos apresentados e, fortificados pela OE com a apresentação do MDP.

Quando se iniciou o estudo a compreensão sobre a temática era pouco clara e objetiva.

Com o decorrer do tempo o foco central foi-se tornando mais claro e objetivo, o que permitiu “ver” e “compreender” o fenómeno tal como se esperava. Pôde-se, assim, identificar aspetos essenciais em todo o percurso. De salientar que a pesquisa e a reflexão inerentes à construção do enquadramento conceptual que sustenta o estudo revelou-se essencial no desenvolvimento do processo investigativo, contribuindo para o planeamento da opção metodológica.

Tal como já referido, o objeto desta investigação centra-se na análise do impacto da implementação de um MSCE, na perspetiva dos enfermeiros responsáveis pela unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados. Para isso, foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, inserido no paradigma qualitativo, por parecer ser o mais adequado para responder à questão de investigação formulada.

Partiu-se para o trabalho de campo munida de muitas dúvidas e incertezas e, também, de um conjunto de conceções próprias. Este revelou ser um percurso exaustivo e moroso, mas também desafiante e motivador. Exaustivo e moroso, porque se despendeu de muito tempo essencialmente para o tratamento e análise dos dados obtidos; desafiante, porque em determinados momentos se foi confrontado com a novidade na concretização do processo investigativo; motivador, porque, apesar do cansaço este processo conseguiu fornecer momentos ricos de reflexão e aprendizagem.

A oportunidade proporcionada pelo CHMA no que respeita à implementação de um modelo de SCE em Portugal demonstrou ser um desafio para todos os que nele participaram. Apesar dos benefícios da SCE, amplamente reconhecidos na literatura e confirmados no contexto da prática torna-se fundamental desenvolver mais investigação nesta área, através da expansão de uma cultura de supervisão, da produção e divulgação da investigação científica, de forma a demonstrar ao público os ganhos que a SCE traz para os enfermeiros, para os clientes e para a instituição.

O tratamento da informação baseou-se na análise do conteúdo e seguiu os pressupostos de Vala (1989) e Bardin (1995).

Ao longo do percurso investigativo foram identificados elementos que respondiam às questões de investigação e aos objetivos delineados para este trabalho. Outras dúvidas emergiram confirmando a complexidade do fenómeno. Contudo, este processo, apesar de mais moroso que o esperado, contribuiu para a correta compreensão do mesmo.

Como resposta à primeira questão de investigação: Qual a satisfação dos enfermeiros responsáveis pela gestão da unidade de saúde relativamente à implementação do MSCEC no CHMA?, verifica-se a existência de satisfação com a implementação do modelo, manifestada por: “(...)pode ser replicada para outros serviços dentro da própria instituição (...) sem dúvida que eu acho que eles se sentem satisfeitos e eu também”. Atualmente, uma das grandes lutas é desenvolver ambientes favoráveis e motivadores para os profissionais das instituições. O contexto de trabalho deve oferecer um nível de satisfação apropriado aos seus colaboradores, facto que leva à redução do seu esforço e aumento da sua satisfação (Silva *et al.*, 2006). Relativamente às razões que levam à satisfação os participantes referem: “(...) porque trazem vantagens quer para os cuidados quer para a instituição” manifestados por: “(...) uma maior qualidade da assistência”. Só com dedicação e envolvimento de todos os profissionais, no contexto de trabalho, é que serão alcançados níveis de satisfação adequados.

A segunda questão: Qual a satisfação dos enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados relativamente à implementação do MSCEC no CHMA?, verifica-se que foi igualmente positiva. Um dos participantes referiu: “Acho que este é sem dúvida o modelo indicado para esta realidade (...) Só espero é que continue, foi uma mais-valia”. Esta afirmação comprova que para um modelo ser eficaz e trazer vantagens tem que ser organizado, planeado e desenvolvido no contexto. Acresce ainda que, os seus benefícios devem incluir inovação, aumento da satisfação profissional, maior flexibilidade e adaptação à mudança, melhor liderança nos processos, aumento da qualidade e rapidez nas decisões, mostrando-se concordante com os dados referidos por Hudson (2008).

Relativamente à terceira questão: Que fatores contribuíram para a implementação do MSCEC no CHMA?, ao longo da investigação foi possível validar que existem uns que contribuem de forma positiva para a implementação de um modelo de SCE e outros de forma negativa.

No que se refere aos fatores facilitadores são vários os participantes que mencionam a importância da motivação, das passagens de turno, da participação da instituição e da certificação e alteração dos contextos, manifestadas pelas expressões: “(...)motivar as pessoas, pois a paixão tem que vir sempre associada a tudo que sejam projetos”; “(...) motivação e união”; “Dar-lhe feedback”; “As passagens de turno são essências para a melhoria e continuidade da qualidade dos cuidados”; “(...) interesse do enfermeiro diretor; “(...) empenho e envolvimento da instituição; “(...) uma nova organização das equipas de trabalho”. Jones (2003), Marrow *et al.* (2002), Hyrkäs e Paunonen-Illmonen (2001) elencam como principais vantagens da implementação de um modelo de SCE: o aumento da confiança e da motivação dos profissionais; o crescimento e desenvolvimento da personalidade e o aumento da consciência de si e das suas funções enquanto enfermeiro.

Murphy *et al.* (1998) no seu estudo afirmam que todos os participantes devem ter a possibilidade de expressar as suas opiniões, garantir que as opções são discutidas, fornecer *feedback* em relação ao acórdão e garantir a confidencialidade nas decisões.

A passagem de turno é, também, considerada como uma mais-valia na implementação do modelo de SCE, pois constitui um momento propício para falar sobre os assuntos relacionados com a qualidade das práticas demonstradas nos turnos, facilita a expressão de opiniões, acrescentando que através deste momento, o supervisor clínico pode conhecer melhor os enfermeiros supervisionados.

White e Winstanley (2009), assumem que a longevidade da implementação de um processo de SCE pode ser um indicador representativo acerca do grau de organização da instituição que é necessária para que o modelo que foi implementado permaneça depois do término dos estudos por parte da equipa de investigação. Walker (2009), refere que o compromisso por parte da organização contribui para que a SCE possa ser uma realidade dos seus profissionais. Não obstante, nunca, se pode olvidar que as práticas supervisivas devem ser adaptadas aos contextos, às práticas atuais e à cultura organizacional, para que as mudanças a introduzir concorram para o sucesso da sua implementação (Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2011).

Quanto à quarta questão: Quais são os fatores inibidores na implementação do MSCEC no CHMA?, vários são os fatores mencionados e, talvez, mais representativos do que os facilitadores. Dos testemunhos evidenciam-se: os recursos materiais, humanos e financeiros, a mobilidade dos profissionais, a não participação da instituição e envolvimento dos

profissionais, o desconhecimento acerca da SCE, a não satisfação e in experiência profissional, a comunicação e, por último, a relutância à mudança.

Das várias expressões salientam-se: “(...) diminuição dos recursos humanos (...) dificuldade em adquirir material clínico”; “(...) é um grupo muito mobilizado”; “(...) é um erro do enfermeiro chefe (...) ou da pessoa que está a gerir, erro da própria administração”; “(...) não estiveram envolvidas (...) no modelo”; “(...) a falta de envolvimento e de conhecimento”; “(...) supervisionar, é avaliar”; “(...) as pessoas não têm a ambição”; “(...) falta de maturidade e experiência”; “(...) tipo de comunicação e de falta de uniformização”; “A mudança de hábitos e a mentalidade, é difícil”. Verifica-se, assim, que existe um conjunto de fatores que dificultam a implementação do MSCEC e que devem ser colmatados.

Embora a bibliografia descreva resultados diretos da SCE na melhoria da qualidade dos cuidados, na satisfação laboral e na prevenção do *burnout* (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006; Edwards *et al.*, 2006), a realidade é que a implementação de um modelo de SCE cobre-se de limitações ligadas ao supervisor, ao supervisionado e à organização que os integra.

Abreu refere que as práticas de supervisão constituem ferramentas centrais no acompanhamento de pares na medida em que este se constitui como requisito para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento de competências com base na reflexão sistemática sobre os saberes e sobre as práticas. No entanto, é necessário fixar critérios e padrões de avaliação, que incorporem, ao mesmo tempo, a componente técnica, científica e relacional, a capacidade de humanização dos cuidados e a quantidade e custo dos mesmos. Portanto, é necessário implementar um conjunto de mudanças para que a supervisão ganhe maior visibilidade nas instituições. Com certeza, que todas as mudanças são difíceis de se alcançar e conquistar e sobretudo aplicar, mas tendo dados fidedignos dos benefícios da mesma tudo se simplificará.

Por último, a quinta questão: Quais são os contributos do modelo para a segurança e qualidade dos cuidados? contou com a confirmação que estes apresentam para a segurança e qualidade dos cuidados. Sem dúvida, que neste estudo foi possível validar alguns desses contributos, não de forma concreta ou quantificável, mas sob a forma das afirmações expressas pelos participantes, como se pode verificar através das seguintes expressões: “Maior segurança dos cuidados que prestamos (...) diminuição do risco”; “Prestar cuidados de enfermagem com a maior segurança possível e com a maior qualidade possível”; “(...) momentos de partilha e formação veio trazer uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados”. Garrido (2004), declara que a SCE deve cumprir três funções: apoiar o enfermeiro na sua prática, potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional e promover a qualidade e

segurança dos cuidados de enfermagem. No entanto, a formação contínua é uma estratégia que concorre para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, em contexto organizacional, podendo considerar-se como principal objetivo deste processo.

Como é referido por Holloway (1995, cit. por Pires, 2004, p. 6) a SCE

(...) transmite a preocupação com a responsabilidade profissional e a protecção dos utentes e dos próprios profissionais, o que contribui para aumentar a segurança da prática em situações clínicas e estimula a reflexão sobre a mesma, devendo ser vista como meio de incentivo para a auto-avaliação e desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas.

Tendo em conta os resultados obtidos, é importante a existência de um modelo de SCE nas instituições de saúde em Portugal, sugerindo-se que estas devem estar envolvidas nos processos. Assim, de forma a enraizar na organização e quotidiano hábitos de SC, devem ser destinados momentos e espaços de reflexão que auxiliem cada um dos intervenientes no desenvolvimento de competências e na promoção da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Finalizada a investigação, parece-nos indispensável abordar alguns aspetos relevantes relacionados com o processo de construção e concretização do estudo.

Primeiramente é de referir que a escolha da temática, para além de importante para a enfermagem, revelou ser importante e com elevado interesse particular no foro pessoal, enquanto profissional. Outro aspeto foi poder fazer a avaliação do impacto que a implementação de um modelo de SCE tem numa instituição, nomeadamente enquanto projeto pioneiro no nosso país.

Embora certa que o trabalho realizado funcionou como um contributo muito pequeno para a profissão, a nível pessoal permitiu o desenvolvimento das competências ao nível da investigação.

Pensa-se que os resultados obtidos nesta investigação podem ser usados futuramente na realização de futuros projetos similares, assim como, para a definição de políticas de supervisão que incrementem a qualidade e segurança dos cuidados prestados, uma vez que se validou a importância da mesma.

A realização deste estudo permitiu, por parte do investigador, um maior aprofundamento e compreensão da área da SCE, ao mesmo tempo que possibilitou e estimulou a evolução da capacidade reflexiva, assim como de consciencialização sobre as problemáticas relacionadas com a SC.

De referir que ao longo de todo este percurso, desde a construção do enquadramento conceptual, passando pela aplicação metodológica no campo de investigação até à elaboração do trabalho propriamente dito, várias limitações surgiram.

Um dos grandes obstáculos foi a limitação temporal para a realização de cada etapa do processo de investigação. Inicialmente porque houve a necessidade de realizar formação acerca da SCE, tendo demorado algum tempo, depois a necessidade de se aguardar para validar os resultados dessa formação e, por fim, a dificuldade na marcação das entrevistas com os enfermeiros gestores. Ainda de referir que outro obstáculo relevante foi a falta de dados/indicadores exatos que permitam avaliar com rigor e objetividade as alterações produzidas na qualidade dos cuidados com a implementação do modelo. Não obstante, apesar das dificuldades supracitadas, foi possível dar resposta às questões orientadoras formuladas.

Apesar da implementação do MSCEC ainda se encontrar numa fase incipiente na qual não é possível efetuar uma avaliação rigorosa das vantagens da sua implementação, não se pode deixar de realçar um conjunto de aspetos decorrentes da análise dos dados e que se consideram relevantes para o processo. Nesse sentido, apresentam-se as seguintes sugestões:

- i) As reuniões de supervisão deveriam ser efetuadas por grupos em que estivessem obrigatoriamente presentes o enfermeiro supervisor e os enfermeiros supervisionados a eles subjacentes;
- ii) A linguagem utilizada nas reuniões de supervisão deve ser clara de modo a conseguir dar resposta quer aos objetivos do MSCEC quer às dificuldades apresentadas pelo grupo;
- iii) Deveriam ser criadas equipas de trabalho, em que enfermeiros supervisores e enfermeiros supervisionados pudessem trabalhar em conjunto;
- iv) Deveriam existir mais momentos de discussão e partilha em que estivessem presentes enfermeiros supervisores, supervisionados e enfermeiro responsável pela unidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. - *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2007.
- ABREU, W. - *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2003.
- ABREU, W. - *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Revista Sinais Vitais. Vol.: 45 (2002) p. 53-57.
- ABREU, W. - *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa, 2001.
- ADAMS, T. - *Clinical Supervision: phychiatric students*. Nursing Standard. Vol. 5 (26) (1991) p. 29-31.
- ALARCÃO, I. - *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, 1996.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. [revista e desenvolvida]. Coimbra: Almedina, (2007).
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª edição. Coimbra: Almedina, 2003.
- AMADO, J. - *A Técnica de Análise de Conteúdo*. Revista Referência. Nº 5 (nov./2000) p.53-62.
- ARVIDSSON, B.; LOFGREN, H.; FRIDLUND, B. - *Psychiatric nurse's conceptions of how group supervision in nursing care influences their professional competence*. Journal of Nursing Management. Nº 8 (2000) p. 175-185.
- BARDIN, L. – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARRIBALL, L.; WHITE, A.; MÜNCH, U. - *An audit of clinical supervision in primary care*. British Journal of Community. Vol. 9, Nº 9 (2004), p. 389-397.

- BEDWARD, J.; DANIELS, H. - *Clinical supervision and teacher support teams: reducing professional isolation through effective peer support*. Learning in Health and Social Care. Vol. 4, Nº 2 (2005) p. 53-66.
- BENNER, P. - *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- BENNETT, J. [et al.] - "Implementing clinical supervision in a NHS Community trust-sharing: the vision". In CUTCLIFFE, et al (2001) (org.) *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. Routledge editions, London.
- BERNARD, J.; GOODYEAR, R. - *Fundamentals of Clinical Supervision*. Second Edition. Boston: Allyn and Bacon, 1998.
- BERTRAND, Y.; GUILLEMET, P. - *Organizações, uma abordagem sistémica*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- BILHIM, J. - *Questões actuais de gestão de recursos humanos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciencias Sociais e Politicas, 2002.
- BISCAIA, J. - *Qualidade em saúde uma perspetiva concetual*. *Qualidade em saúde*. (2000) p. 6-10.
- BISHOP, V.-. *Clinical supervision: what's going on?* Results of a questionnaire. Nursing Times, Vol.94 Nº 18 (1998) p.50-53.
- BOAVISTA, A. [et al.] - *A experiência Portuguesa de acreditação de hospitais*. *Qualidade em saúde*. IQS. Lisboa, N.º 0 (2000) p. 28-32.
- BOND, M.; HOLLAND, S. - *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- BORGES, C. - *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias?* Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado.
- BOTO, P.; COSTA, S.; SILVA, L. - *Acreditação, benchmarking e mortalidade*: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.7 (2008) p. 103-116.
- BOWLES, N.; YOUNG, C. - *Na evaluative study of clinical superfision based on Proctor's There function interactive model*. Vol. 30 (1999) p. 958-964.
- BRADSHAW T.; BUTTERWORTH, A.; MAIRS H. - *Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Nº14 (2007) p. 4-12.
- BRADSHAW, P. - *Teaching and assessing, in clinical nursing practices*. New York: Prentice Hall, 2007.

- BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. - *The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review*. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, Nº 3 (2008), p. 86-94.
- BUSH, T. - *Overcoming the barriers to effective clinical supervision*. Nursing Times, 101(2), (2005).p. 38-41.
- BUTTERWORTH, T. - *Primary attempts at research: based evaluation of clinical supervision*. Nursing Times Research. Vol. 1, Nº 2 (1996) p. 96-101.
- BUTTERWORTH, T. [et al.] - *Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007*. Nurse Education Today. Vol. 28 (2008) p. 264-272.
- BUTTERWORTH, T. [et al.] - *It Is good to talk: an evaluation study in England and Scotland*. School of Nursing. University of Manchester. Midwifery and Health Visiting, 1997.
- BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. - *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. London: Chapman & Hall, 1992.
- CAMPOS, C.; FONTANELLA, B.; TURATO, E. - *Coleta de dados na pesquisa clínico qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde*. Rev Latino-am Enfermagem. Vol. 14 Nº. 5 (2006) p. 4-10.
- CARAPINHEIRO, G.; LOPES, N. - *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1997.
- CARVALHO, F.; VENTURA, T.; BARROSO, R. - *Perfil de competências do orientador de formação*. Revista Portuguesa Clínica Geral. Vol. 20 (2004) p. 147-152.
- CATMUR, S. - *Clinical supervision in mental health nursing*. Mental Health Nursing. Vol.15 (1) (1995) p.24-25.
- CEITIL,M. - *A liderança e a saúde mental*. Revista Qualidade em Saúde. Vol.1 (5) (2001) p. 26-29.
- CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE, E.P.E. - Regulamento Interno [Em linha]. [Site oficial]: Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E. [Consult. 10 jun. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.chma.pt>>.
- CHARLESTON, R.; HAPPELL, B. - *Psychiatric nurses and undergraduate nursing student's perceptions of preceptorship in the mental health setting*. The International Journal of Psychiatric Nursing Research. Vol. 10, Nº3 (2005) p.1166-1171.
- CHEATER, F.; HALE, C. - *An evaluation of a local clinical supervision scheme for practices nurses*. Journal of Clinical Nursing. Vol.10 (2001) p. 119-131.
- CHIAVENATO, I. - *Introdução à teoria geral de administração*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 6ª Edição, 2000.

- CHIAVENATO, I. - *Introdução à teoria geral da administração*. Rio de Janeiro: Campus, 3ª Edição, 1999.
- CHILVERS, R; RAMSEY, S. - *Implementing a clinical supervision programme for nurses in a hospice setting*. International Journal of Palliative Nursing, Vol 15, Nº 12 (2009), p. 615-619.
- CHKS. - *Accredited facilities*. [Em linha]. London: Caspe Healthcare Knowledge Systems, 2013. [Consult. 21 mar. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://http://www.chks.co.uk/index.php?id=532>>.
- CHRISTO, A. - *ISO 9000 para serviços de saúde: guia interpretativo*. Caparica: Instituto Português da Qualidade, 2000.
- CLEARY, M.; FREEMAN, A. - *The cultural realities of clinical supervision in an acute inpatient mental health setting*. Issues in Mental Health Nursing, Vol.26 (2005) p. 489-505.
- CORREIA, J. - “Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação”. In CANÁRIO, Rui (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, (1997) p. 13-41.
- CORREIA, V. ; SERVO, M. - *Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59, Nº 4 (2006) p. 527-531.
- CÔTÉ, J.; FILION, F.; FORTIN, M. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- COTTRELL, S. - *Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Nº 9, (2002) p. 667–671.
- COTTRELL, S.; SMITH, G. - *The Development of Models of Nursing Supervision in the UK*, 2005. [Consult. 6 set. 2013]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.clinical-supervision.com>.
- CROSS, W.; MOORE, A.; OCKERBY, S. - *Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital*. Contemporary Nurse, Vol. 35, Nº 2 (2012) p. 245-253.
- CRUZ, C. - *A Importância da Motivação e da Liderança nas Organizações*. Interfaces Científicas. Interfaces Científicas, Vol. 1, Nº. 1 (out. 2012), p. 73-79
- CRUZ, S. - *Do ad hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Mestrado.
- CRUZ, S. - *Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality*. Procedia. Social and Behavioral Sciences, Nº 29 (2011) p. 286 – 291.
- CRUZ, S. - *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso – Operacionalização do modelo*. Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E., Universidade Católica, Escola Superior de Enfermagem do Porto (2008 – 2010) p. 1 -24.

- CRUZ, S. - *A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada*. Servir, Vol. 56, Nº 5 (nov-dez. 2008) p. 200-206.
- CRUZ, S.; CARVALHO, L. - *Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale®: the translation and validation process*. Journal of Educational Sciences & Psychology. Vol. 2 Nº 1 (2012) p. 123-131.
- CUNHA, A. - *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem*. Universidade de Aveiro, 2008 Dissertação de mestrado.
- CURTIS, E. ; O'CONNELL, R. - Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing management*, Vol. 18, nº 5 (2011) p. 32 -35.
- CUTCLIFFE, J. [et al.] - *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions, 2001.
- CUTCLIFFE, J. [et al.] - *An alternative training approach in clinical supervision*. London: Routledge Editions, 1998.
- CUTCLIFFE, J. - Ethical dilemmas in clinical supervision 2: need for guidelines. *British Journal of Nursing*. Vol. 7, Nº 16 (1998) p. 978 -982.
- CUTCLIFFE, J.; PROCTOR, B. - *An alternative training approach to clinical supervision:1*. *British Journal of Nursing*. Vol. 7, Nº 5, (1998) p. 280-285.
- CUTCLIFFE, J.; EPLING, M,. - *An exploration of the use of John Heron' confronting intervention ons, in clinical supervision: cases studies from practices* Psychiatric Care. Vol. 4 Nº. 4 (1997) p. 174-180.
- DAVEL, E.; MACHADO, H. - *A dinâmica entre a liderança e identificação; sobre a influência consentida nas organizações contemporâneas*. *Revista de Administração Contemporânea*. Vol. 5 Nº 3 (2001) p. 107-126.
- DECRETO-LEI – nº. 247/2009. D.R. I Série. N.º 184, de 22 de setembro de 2009, p. 6758-6761.
- DECRETO-LEI nº. 184/2009. D.R. I Série . N.º 154, de 11 de agosto de 2009, p. 5203-5211.
- DECRETO – LEI - n.º 234/2008. D.R. I Série. N.º 233, de 2 de dezembro, p. 8600-8609.
- DECRETO-LEI - n. 207/1996. Regime Jurídico da Formação Contínua de Professores. I Série - A. Nº 254 de 2 de novembro de 1996. p. 3879-3880.
- DECRETO – LEI n.º 50-A/2007. D.R. I Série. N.º 42, de 28 de fevereiro, p. 1414(26)-1414(29).
- DECRETO - LEI n.º 166-A/1999. D.R. I Série-A. N.º 111, de 13 de maio, p. 1-7.
- DELGADO, M. – Sensibilização para a Importância da Qualidade no mercado actual. Jornadas “Um dia pela Qualidade”, 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH - *Making a difference: clinical supervision in primary care*, 2000.
[Consult. 2 abr 2013]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061520.pdf>.

DIAS, M - *Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico: A intervenção do tutor*. Aveiro: Universidade de Aveiro Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, 2010. Tese de Mestrado.

DIAS, S. - *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006.

DONABEDIAN, A. - *Na introduction to quality assurance in health care*. New York: By Bashshur, Oxford University Press, 2003.

DRISCOLL, J. - *Practicing Clinical Supervision: A Reflective Approach*. London: Ballière-Tindall, 2000.

DUBAR, C. - “Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar”. In Rui Canário (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997, p. 43-52.

DUDLEY, M.; BUTTERWORTH, T. – *The cost and some benefits of Clinical Supervisios: an initial exploration*. International Journal of psychiatric Nursing. Vol. 1 Nº. 2 (1994) p. 34-40.

EDWARDS, D. [et al.] - *Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses*. Journal of Clinical Nursing. Vol. 15. Nº 8 (2006) p. 1007–1015.

EDWARDS, D. [et al.] - *Factors influencing the effectiveness of clinical supervision*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 12. Nº 4 (2005) p. 405-414.

ERAUT, M. - *Feedback. Learning in Health and Social Care*. Vol. 5 Nº 3 (2006) p. 111-118.

FARIA, S. - *Supervisão Clínica na Enfermagem no Caminho da Excelência dos Cuidados*. Funchal, 2007.

FARRINGTON, A. - *Models of clinical supervision*. British Journal of Nursing. Vol.4 nº15 (1995) p. 876-878.

FAUGIER, J. - *Thin on de ground*. Nursing Times. Vol. 90 Nº. 20 (1994) p. 64-65.

FAUGIER, J. - *The supervisory relationship In: BUTTERWORTH, T. e FAUGER, J. (ed) Clinical Supervision and Mentorship, in Nursing*. London: Chapman and Hall, 1992.

FISH, D.; TWIN, S. - *Quality Clinical Supervision in Health Care Professions: principal aproaches to practice*. London: Butterwurth-Heineman, 1997.

FONSECA, M. – *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006.

- FORTIN, M. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FOWLER, J. - *Nurses perceptions of the elements of good and bad supervision*. Nursing Times. Vol. 91 Nº. 22 (1996) p. 33-37.
- FRAGATA, J. - *A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde*. Rev Port Clin Geral. Vol. 26 (2010) p. 564-570.
- FRAGATA, J. - *Segurança dos clientes - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel, 2011.
- FRAGATA, J.; MARTINS, L. - *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina, 2008.
- FRANÇA, M. - *Gestão da qualidade e inovação em saúde*. In ESCOVAL, A. – *Inovação, sustentabilidade e valor em saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2008.
- FRANCO, J. - *Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação*. Investigação em Enfermagem. Vol. 1 (fev, 2000) p. 32-50.
- FREDERICO, M.; LEITÃO, M. - *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Ciência Lda, (1999).
- FRIEDMAN, S.; MARR, J. - *A supervision model of professional competence: joint service/education initiative*. Nurse Education Today. Vol. 15 (1995) p. 239 – 244.
- GARRIDO, A. - *A Supervisão e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Tese de Mestrado.
- GARRIDO, A.; PIRES, R.; SIMÕES, J. - *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GIFFORD, B. [et al.] - *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*. Journal of Healthcare Management. Vol.47 (1) (2002) p. 13-26.
- GIRLING, A. [et al.]. - *How clinical supervision can improve hospice care for children*. Nursing Management. Vol. 16, Nº7 (2009), p.20-23.
- GLENN, L. - *Implementing change*. Journal of Community Nursing. Vol. 24 (2010) p. 10–14.
- GODOY, A. - *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. Revista de Administração de Empresa. Vol.35 Nº 2 (1995) p. 57-63.
- GOODE, C.; WILLIAMS, C. – *Post-baccalaureate nurse residency program*. Journal of Nursing Administration. Vol. 34 (2004) p. 71-77.
- HALFER, D. - *A magnetic strategy for new graduate nurses*. Nursing Economics. Vol. 25 (2007) p. 6-11.

- HANCOX, K. [et al.] - *An evaluation of an educational program for clinical supervision. International Journal of Mental Health Nursing*, Vol.13 Nº 3 (2004) p.198-203.
- HARTZ, A. - *Hospital characteristics and mortality rates*. New Englands Journal of Medicine. Nº321 (1989) p.1720-1725.
- HAWKINS, P.; SHOHET, R. - *Supervision in the Helping Professions*. Open University Press: Milton Keynes, 1989.
- HEIDEMANN, E. - *Accreditation of health organizations*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Forum de Administração de Saúde, 2º ciclo de debates 1998/1999.
- HENDERSON, P.; FERGUSON-SMITH, A.; JOHNSON, M. - *Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback*. BMC Med Educ. Vol. 5 (2005) p. 1-6.
- HESBEEN, W. - *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.
- HIGA, E. ; TREVIZAN, M. - *Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiro*. Revista Latino-Americana Enfermagem. Vol. 13 Nº1 (2005) p. 59-64.
- HYRKÄS, K. [et al.] - *Clinical supervision and quality care: examining the effects of team-supervision in multi-professional teams*. Tampere: University of Tampere, 2002. Academic dissertation.
- HYRKÄS, K. [et al.] - *Nurse managers conceptions of quality management as promoted by peer supervision*. Journal of Nursing Management.. Vol. 11 (2001) p. 48-58.
- HYRKÄS, K. [et al.] . - *Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care*. Nursing and Healthcare Management and Policy. Journal Compilation. (2006) p. 521-536.
- HYRKÄS, K.; APELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATJA, R. - *Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care*. Journal of Advanced Nursing. Vol.55 Nº4 (ago. 2006) p. 521-35.
- HYRKÄS, K.; LETHI, K. - *Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback*. Journal of Nursing Management. Nº 11 (2003) p. 177 - 188.
- HYRKÄS, K.; SHOEMAKER, M. - *Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 60 Nº 5 (2007) p. 513-524.
- HYRKÄS, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - *The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision*. Journal of Advanced Nursing. Vol.33 Nº 4 (2001) p. 492-502.

HUDSON, T. - *Delegation: building a foundation for our future nurse leaders*. Medsurg Nursing. Vol.16 Nº. 6 (2008).p. 396-412.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade – instrumentos de informação e ação*. Genebra: ICN, 2007.

JOHNS, C. - *Professional supervision*. Journal of Nursing Management. Vol. 1 Nº. 3 (1993) p. 9-18.

JONES, A. - Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary. Journal of Nursing Management. Vol. 14 (2006) p. 577.

JONES, A. - *Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision*. European Journal of Cancer Care. Vol. 12 (2003) p. 224-232.

JONES, A. - *Some experiences of professional practice and beneficial changes derived from clinical supervision by community Macmillan nurses*. European Journal of Cancer Care. Vol. 10 (2001) p. 21-30.

JONES, A. – *Some reflection on clinical supervision: an existential – phenomenological paradigm*. European Journal of Cancer Care. Vol. 7 (1998) p. 56-62

KONES, A. – “*Out of the sighs*”- *an existntial-phenomenplogical method of clinical supervision: the contribution to palliative care*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 27 Nº. 3 (1998) p. 905-913.

KOHNER, N. – *Clinical supervision in practice*. Kings Fund Centre. London, 1994.

KOIVU, A.; HYRKÄS, K.; SAARINEN, P.; – Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision. Journal of Nursing Management. Vol.19 (2011) p. 644-654.

LAITINEN-VÄÄNÄNEN, S.; TALVITIE, U.; LUUKKA, R. – *Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student*. Physiotherapy Theory and Practice. Vol. 23 Nº 2 (2007) p.95-103.

LEAL, I. – *Orientar, incentivar e elogiar o potencial dos seus filhos*. Zen energy, (junho 2009), p. 59-60. [Consult. 11 set. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <https://cld.pt/dl/download/54608792-6f61-4c1c-8a28-6d442f892f09/2009-06%20-%20Orientar,%20incentivar%20e%20elogiar%20o%20potencial%20dos%20seus%20filhos.pdf?public=54608792-6f61-4c1c-8a28-6d442f892f09>>.

LEÃO, E [et al.] - *Qualidade e saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

LEZÓN, M. – *Auto-observação: melhorar execução? Mais evolução? Mais supervisão. Uma experiência de supervisão*. In: Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2009.

LOPES, A. ; NUNES, L. - *Acerca da Trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética*. Nursing. Nº 8 (1995) p. 10-12.

LOPES, M. - *A Gestão da Qualidade no Hospital - Impacto da Acreditação nas Práticas Críticas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar*. Lisboa: Instituto Superior do Trabalho e da Empresa, 2007. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.

LYTH, M. - *Clinical supervision: a concept analysis*. Journal of advanced nursing. Vol. 3 Nº 31 (2000) p. 722 - 729.

LYNCH, L. [et al.] - *Clinical supervision for nurses*. USA: Wiley-Balckwell,2008.

LYNCH, L.; HAPPELL, B. – *Implementing clinical supervision: part 1: laying the ground work. International*. Journal of Mental Health Nursing. Vol.17 Nº 1 (fev. 2008) p. 57-64.

MACEDO, A. - *A supervisão de Estágios em Enfermagem e a Articulação Interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital*. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho: Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Doutoramento.

MAGALHÃES, A. - *Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.62 Nº 4 (2009) p 608-612.

MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. - *Gestão de serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

MARROW, C. [et al.] - *Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account*. Journal of Nursing Management. Vol. 10 (2002) p. 275-282.

MARTA, C. [et al.] - *Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro*. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. Edição Suplementar. Nº2 (2010) p. 604-608.

MARTINS, H. – *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e Pesquisa. São Paulo, Vol. 30, nº 2 (mai/ago. 2004), p. 289-300. [Consult. 11 set 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>>.

MATOS, D. - *Práticas de Gestão e Qualidade no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE - Estudo da manutenção e do projecto de Acreditação*. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia, 2010. Relatório de Estágio Curricular.

MENTAL HEALTH BRANCH - *Clinical Supervision Guidelines: Program management circular* [Em linha]. Victoria, Australia: MHB, 2006. [Consult. 17 jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http:// http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/pmc/clinical-super.pdf](http://http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/pmc/clinical-super.pdf)>.

MILLS, j.; FRANCIS, K.; BONNER, A. – *Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definition for Australian rural nurses. A review of the literatura*. Journal of rural and the remote health, 2005. p. 1-10. [Consult. 11 set 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_410.pdf>.

- MORAES, L. – Liderança e estratégias: Casos de inovação nas organizações de saúde. Lisboa: Escolar Editora, 2012.
- MORAES, R.- Análise de conteúdo. *Revista Educação*. Vol. 22 Nº 37 (1999) p. 7-32.
- MOURA, E.; MESQUITA, L. – *Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduados de enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63 Nº 5 (2010) p. 793-878.
- MUNSON, C. - *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3ª Edição. Binghamton: The Haworth Press, 2002.
- MURPHY, M., [et. al]- Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Alton: Core Research, 1998.
- MURPHY, M.; MURPHY, C. - *Cutting healthcare costs through work force reductions*. *Journal of Healthcare Financial Management*, Vol.50 (7) (1996) p. 64-69.
- MYALL, M. [et al.] - *Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing*. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 17 Nº 14 (2008) p. 1834-1842.
- NATIONAL HEALTH SERVICE - Clinical Supervision Policy: LCR Community Health Service. Leicestershire County and Rutland, 2011.
- NATIONAL HEALTH SERVICE - *Clinical Supervision Policy*. South Staffordshire Primary Care Trust: NHS, 2009.
- NATIONAL HEALTH SERVICE - Clinical supervision policy. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust, 2006.
- NATIONAL HEALTH SERVICE - *Clinical supervision policy (nursing)*. Northgate and Prudhoe NHS Trust: NHS, 2004.
- NETTLETON, P.; BRAY, L. – *Current mentorship schemes might be doing our students a disservice*. *Nurse Education in Practice*. Vol 8 Nº 3 (2008) p. 205-212.
- NEVES, J.-. “O processo de liderança” In CARVALHO FERREIRA, J. [et al.] (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: Mc Graw-Hill, 2001.
- NICKLIN, P. - *A practice-centred model of clinical supervision*. *Nursing Times*. Vol. 93 Nº. 46 (1997) p. 52-4.
- NICKLIN, P. – *Super Supervision*. *Nursing Management*, Vol. 2 Nº. 5, (1995.) p. 24-25.
- NUNES, L. - *Entrevista a Enfermeira Lucília Nunes, Presidente do Conselho de Enfermagem da O.E. ROE*. Nº32 (2009) p. 4-12.
- NUNES, R.; REGO, G. - *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw Hill, 2002.
- OLHICAS, H. - *Supervisão Clínica em Enfermagem- Representações dos Enfermeiros Orientadores sobre a Construção e a Mobilização das suas competências no Âmbito dos*

Ensinos Clínicos. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2007. Tese de Mestrado.

OOIJEN, E. - *Clinical Supervision: a practical approach*. London: Churchill Livingstone, 2000.

ORDEM ENFERMEIROS - *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE, 2010.

ORDEM ENFERMEIROS – *Segurança nos cuidados: VII Seminário do Conselho Jurisdicional*. ROE. Nº 24 (fev. 2007) p. 38.

ORDEM ENFERMEIROS – *Segurança nos cuidados: VII Seminário do Conselho Jurisdicional*. ROE. Nº 21 (abr. 2006) p. 57.

ORDEM ENFERMEIROS - Divulgar – padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual - enunciados descritivos. Lisboa: OE, 2002.

PEREIRA, F. - *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: ICBAS, 2009. Dissertação de Mestrado.

PERRENOUD, P. - *Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação, perspectivas sociológicas*. Lisboa: D. Quixote, 1993.

PIRES, R. – *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional*. Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

PISCO, L. – Qualidade na prestação de cuidados de saúde. ROE. Nº 3 (jun. 2001) p.36-38.

PLATT-KOCH, L. – *Clinical supervision for phychiatric nurses*. Journal of Phychological Nursing. Vol 26 Nº.1 (1986) p. 7-15.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços [Em linha]. (dez. 2010a). [Consult. 11 abr. 2013]. Disponível em WWW<URL:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Q2.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde hospitalares [Em linha]. (out. 2010b). [Consult. 11 abr. 2013]. Disponível em WWW<URL:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - A Organização Interna e a Governação dos Hospitais [Em linha]. (jul 2010c). [Consult. 22 abril 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Direcção- Geral da Saúde: Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos [Em linha]. Vol. I (2004). [Consult. 11 mar. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http:// http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf>.

PROCTOR, B. – *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention*. In Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge Editions, 2006. p. 25-46.

PROCTOR, B. “*Supervision: a co-operative exercise in accountability*”. In MARKEN, M.; PAYNE, M. (org)”*Enabling and ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and training in Youth and Community Work*”. Leicester, 1986.

QUIVY, R. – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 5ª edição, 2008.

RAMOS, M. - *A Perceptoria como Estratégia de Formação em Estágio de Enfermagem Pediátrica. Pensar Enfermagem*. UI&DE. Vol.7 (1), (2003), p. 3-12.

RICHARDS, J. – *The risky business of supervision, 2: gaining skills and knowledge*. British Journal of Midwifery. Vol. 19 Nº 7 (julh 2011) p. 449-453.

ROGAN, E. – *Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study*. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol 40 Nº 12 (2009) p. 565-570.

ROTHGEB, M. - *Creating a nursing simulation laboratory: A literature review*. Journal of Nursing Education. Vol. 47 Nº 11 (2008) p. 489-494.

ROYAL COLLEGE OF NURSING - *Clinical supervision in the workplace: guidance for occupational health nurses*. London: Royal College of Nursing, 2003.

SÁ-CHAVES, I. - *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. 3ª ed. Estudos Temáticos, Universidade de Aveiro, 2011.

SÁ-CHAVES, I. – *Formação, Conhecimento e Supervisão*. 2ª Ed. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007.

SÁ-CHAVES, I. - *Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas da disciplina de Supervisão no Mestrado em Supervisão 2001/2002*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, 2001.

SÁ-CHAVES, I. – *Formação Conhecimento e Supervisão - Contributos nas áreas de formação de professores de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.

SALE, D. - *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde.:* Principias, Publicações universitárias e científicas, 2000.

SANTIAGO, A.; CUNHA, J. – *Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência*. Revista Saúde e Pesquisa. Vol. 4 Nº 3 (set./dez., 2011), p.443-448.

SANTOS, A. - *A aptidão à autoformação*. Emprego e Formação. Vol.11 Nº5 (1990) p. 21-24.

- SANTOS, I.; CASTRO, C.- *Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 17 Nº 4 (2008) p. 734-42.
- SANTOS, K.; SILVA, M. – *Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros*. Revisa Escola Enfermagem Universidade São Paulo. Vol. 37 Nº2 (2003) p. 97-108.
- SCARPARO, A., [et al.] – *Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem*. Revista Rene. Vol. 13 Nº 1 (2012) p. 242-251.
- SCHÖN, A. - *Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SCHYVE, P. - *Leadership in Healthcare Organizations: a guide to joint commission leadership standards*. San Diego: The Governance Institute, 2009.
- SEALY, A. – *Clinical Supervision Policy & Guidelines for Registered Nurses & clinical Support Staff*. City and Hachney Teaching Primary Care Trust: London, 2006.
- SERRANO, T.; COSTA, A.; COSTA, N. – *Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência. III Série Nº 3 (mar. 2011) p.15-23.
- SEVERINSSON, E. - *Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model*. Nursing Ethics. Vol. 8 Nº 1 (2001) p. 36-44
- SEVERINSSON, E.; KAMAKER, D. – *Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction*. Journal of Nursing Management. Vol. 7 (1999) p. 81-90.
- SHANLEY, M.; STEVENSON, C. - *Clinical Supervision revisited*. *Journal of Nursing Management* [Em linha]. Vol. 14, nº 8 (2006), p. 586-592. [Consult. 1 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.mendeley.com/research/clinical-supervision-revisited/#page-1>>.
- SCHÖN, D. – *Educating the reflective practitioner*. [Em linha]. (1987) [Em linha]. (1998). [Consult. 2 de abril de 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.thecommonwealthpractice.com/reflectivepractitionerreview.pdf>>
- SILVA, A. [et al.] - *Motivação no Trabalho*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2006, p. 1-19.
- SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. – *Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência. Vol. 3 (2011) p. 113-122.
- SIMÕES, J.; GARRIDO, A. – *Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas no ensino clínico de enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. Vol. 16 Nº 4 (out. /dez.2007) p. 599-608.
- Sirola-Karvinen, P.; Hirkas, K. - *Clinical supervision for nurses in administrative and leadership positions: a systematic literature review of the studies focusing on administrative clinical supervision*. Journal of Nursing Management,. Vol. 14 (2006), p. 601-609.

- SLOAN, G. – *Understanding clinical supervision from a nursing perspective*. British Journal of Nursing. Vol.8 Nº8 (abr./maio 1999) p. 524-529.
- SLOAN, G. - *Focus group interviews: defining clinical supervision*. Nursing Standard. Vol.º12 (1998) p. 40-43.
- SLOAN, G.; WATSON, H.-. Clinical supervision: models for nursing structure, research and limitations. Nursing Standard. Vol.17(4) (2002) p. 41-46.
- SLOAN, G., WHITE, C.; COIT, F. - *Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 32 Nº 3 (2000) p. 515-524.
- SOARES, C. – Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- SOUZA, L.; [et al.] – *A Liderança na visão de Enfermeiros Líderes*. Revista eletrónica trimestral de Enfermeria: Enfermeria Global. Universidade de Múrcia. Nº 30 (abr. 2013) p. 281-293.
- TAIT, J. - *Department of Health, Opening (DCNO)*. Address at Clinical Supervision Conference Birmingham, England, 1994.
- THOMAS, B.; REID, J. - *Multidisciplinary clinical supervision*. British Journal of Nursing. Vol.4 (15) (1995) p.883-885.
- TURATO, E. – *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa*. Rev Saúde Pública. Vol. 39, nº 3 (2005), p.507-14. [Consult. a 11 set. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. - *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and Health Visiting*. London: UKCC : s.n., 2003.
- VALA, Jorge – *Análise de Conteúdo : Metodologia das Ciências Sociais*. 7ªEd., Porto: Edições Afrontamento, 1986.
- VENDEMIATTI, M. [et al.] – *Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança*. Ciência e Saúde Colectiva, Vol. 15, Suplemento 1 (2010) p. 1301-1314.
- WALKER, J. - *Examining the benefits of professional clinical supervision*. Kai Tiaki Nursing New Zealand, Vol. 15, nº 5, 2009, p. 12 – 14.
- WALSH, K. [et al.] – *Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team*. International Journal of Nursing Practice. Vol. 9 Nº 1 (2003) p. 33-39.

WASKETT, C. - *Clinical supervision using the 4S model 1: considering the structure and setting it up*. Nursing Times [Em linha]. Vol. 106, nº 15 (2010). [Consult. 2 de abril de 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nursingtimes.net>>.

WASKETT, C. - *An integrated approach to introducing and maintaining supervision: the 4S model*. Nursing Times [Em linha]. Vol. 105, nº 17, 2009 [Consult. a 2 de abril de 2013] Disponível em WWW:<URL: <http://www.nursingtimes.net>>

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. – *Clinical supervision: outsider reports of a research-driven implementation programme in Queensland, Australia*. Journal of Nursing Management. Vol. 18 (2010) p. 689-696.

WHITE, E; WINSTANTLEY, J. - *Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 16 (2009) p. 895–903.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. – *Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective*. Journal of Nursing Management. Vol. 14 (2006) p. 628-636.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. – *Clinical Supervision: models, measures and best practice*. Nurse Researcher. Vol. 10 Nº 4 (2003) p. 7-38.

WILLIAMS, L.; IRVINE, F. – *How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration*. Journal of Nursing Management. Vol. 17 (2009) p. 474-483.

WOOD, J. - *Clinical supervision*. British Journal of Perioperative. Nursing. Vol. 14 Nº.4 (2004) p. 151-156.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Standards for Health Promotion in Hospitals: development of indicators for a self-assessment tool*. Copenhagen: WHO, 2004.

YONGE, O, [et al.] – *Pesquisa colaborativa de pós graduação de estudantes*. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 28 (2007) p. 365-367.

ANEXOS

ANEXO I: Guião das Entrevistas

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: IMPACTO NA
ORGANIZAÇÃO

- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA -

Enfermeiro Diretor e Enfermeiros Chefes com experiência na implementação do Modelo SCE

Erica Monteiro

Porto, 2013

I - OBJETIVOS GERAIS:

- i) Avaliar a satisfação do enfermeiro responsável pela gestão da unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados com implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- ii) Identificar os fatores facilitadores e inibidores envolvidos na implementação do Modelo de Supervisão Clínica;
- iii) Identificar os contributos da implementação do MSCEC na segurança e qualidade dos cuidados.

II – BLOCOS TEMÁTICOS:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS	FORMULÁRIO DE PERGUNTAS
A. Legitimação da entrevista e motivação	A.1. Motivar o entrevistado a participar na entrevista. A.2. Legitimar a entrevista.	A.1.1. Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objetivos; A.1.2. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo. A.2.1. Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas; A.2.2. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que, em qualquer altura, poderá parar a entrevista; A.2.3. Solicitar autorização para a gravação da entrevista em fita magnética, que após tratamento da informação e decorrida

		a defesa do trabalho, será destruída, ou não, de acordo com o solicitado.
B Caracterização do entrevistado	B.1. Caracterizar os participantes do estudo.	B.1.1. Solicitar dados sobre: <ul style="list-style-type: none"> a) Idade; b) Género; c) Grau académico; d) Categoria profissional; e) Experiência profissional; d) Formação em supervisão. Qual?
C. Satisfação com o modelo	C.1. Identificar as vantagens na utilização do modelo.	C.1.1. O que entende por SCE? C.1.2. Considera que a SCE traz vantagens para o(s) serviço(s)? C.1.2.1. Cite algumas dessas vantagens. C.1.3. Consegue descrever-nos o modelo de SCE adotado? C.1.4. No modelo adotado consegue identificar os aspetos que poderiam ser diferentes? C.1.4.1 Quais?

	<p>C.2. Avaliar a satisfação face ao modelo.</p>	<p>C.1.4.2. Porquê?</p> <p>C.2.1. Sente-se satisfeito(a) com o modelo de SCE adotado no CHMA?</p> <p>C.2.2. Considera que os enfermeiros se sentem satisfeitos com a adoção do modelo?</p> <p>C.2.3. A nível dos clientes como considera ser a sua satisfação, ou seja, que indicadores lhe permitem confirmar a satisfação dos clientes?</p>
<p>D. Fatores facilitadores / inibidores</p>	<p>D.1. Identificar os fatores facilitadores.</p> <p>D.2. Identificar os fatores dificultadores.</p>	<p>D.1.1. Que fatores facilitaram a implementação do modelo?</p> <p>D.1.1.1. Porquê?</p> <p>D.1.2. Qual considera ser o papel do enfermeiro gestor neste processo?</p> <p>D.1.2. Durante o processo de implementação do modelo de SCE certamente surgiram algumas dificuldades:</p> <p>D.1.2.1. Quais foram essas dificuldades?</p> <p>D.1.2.2. Como é que as conseguiram ultrapassar?</p>

E. Contributos do MSCEC	<p>E.1. Identificar os contributos da implementação do MSCEC.</p>	<p>E.1.1. Quais foram as alterações mais evidentes introduzidas com a implementação do modelo de SCEC no CHMA?</p> <p>E.1.2. Consegue identificar alguns aspetos visíveis da implementação do modelo de SCEC, nomeadamente ao nível das competências profissionais desenvolvidas nos enfermeiros?</p> <p>E.1.3. Da mesma forma, consegue identificar aspetos visíveis da implementação do projeto de SCEC ao nível dos cuidados de enfermagem?</p> <p style="padding-left: 40px;">E.1.3.1. Quais?</p> <p>E.1.4. Considera que a SCE foi importante para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados?</p> <p style="padding-left: 40px;">E.1.4.1. Dê-nos alguns exemplos concretos.</p>
F. Finalização	<p>F.1. Agradecer a colaboração prestada.</p>	<p>F.1. Pretende acrescentar algum aspeto acerca do tema?</p> <p>F.2. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.</p>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: IMPACTO NA
ORGANIZAÇÃO

- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA-

Enfermeiros Chefes sem experiência na implementação do Modelo SCE

Erica Monteiro

Porto, 2013

I – OBJETIVOS GERAIS:

- i) Avaliar a satisfação do enfermeiro responsável pela gestão da unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados com implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- ii) Identificar os fatores facilitadores e inibidores envolvidos na implementação do Modelo de Supervisão Clínica;
- iii) Identificar os contributos da implementação do MSCEC na segurança e qualidade dos cuidados.

II – BLOCOS TEMÁTICOS:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS	FORMULÁRIO DE PERGUNTAS
A. Legitimação da entrevista e motivação	A.1. Motivar o entrevistado a participar na entrevista. A.2. Legitimar a entrevista.	A.1.1. Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objetivos; A.1.2. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo. A.2.1. Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas; A.2.2. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que, em qualquer altura, poderá parar a entrevista; A.2.3. Solicitar autorização para a gravação da entrevista em fita magnética, que após tratamento da informação e decorrida a defesa do trabalho, será destruída ou não de acordo com o solicitado.
B. Caracterização do	B.1. Caracterizar os participantes do	B.1.1. Solicitar dados sobre:

		<p>pode trazer?</p> <p>C.2.2. À semelhança de outros serviços, se tivesse a possibilidade de adotar um modelo de SCE, considera que neste momento estaria satisfeito(a)?</p> <p>C.2.3. Considera que os enfermeiros se sentiriam mais satisfeitos com a adoção de um modelo de supervisão?</p> <p>C.2.4. Considera que a implementação de um modelo de SCE poderia produzir alteração na satisfação dos clientes?</p> <p>C.2.4.1. A que nível?</p>
D. Fatores facilitadores / inibidores	<p>D.1. Identificar os fatores facilitadores.</p> <p>D.2. Identificar os fatores dificultadores.</p>	<p>D.1.1. Que fatores considera serem facilitadores na implementação de um modelo de SCE?</p> <p>D.1.1.1. Porquê?</p> <p>D.1.2. Qual considera ser o papel do enfermeiro gestor neste processo?</p> <p>D.2.1 Durante o processo de implementação de um modelo de SCE certamente poderão surgir algumas dificuldades. Quais considera serem as dificuldades?</p>
E. Contributos do MSCEC	E.1. Identificar os contributos da implementação do MSCEC.	E.1.1. Sabe que existiram serviços onde foi adotado um modelo de SCE. Mesmo não tendo a experiência direta que alterações considera que a adoção de um modelo de SCE pode trazer para o(s) serviço(s)?

		<p>E.1.2. Considera que a SCE pode trazer novas competências para os enfermeiros?</p> <p>E.1.2.1. Quais?</p> <p>E.1.3. Considera que a SCE pode produzir alterações ao nível dos cuidados de enfermagem?</p> <p>E.1.3.1. Quais?</p> <p>E.1.4. Considera que a SCE é importante para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados?</p> <p>E.1.4.1. Dê-nos exemplos concretos.</p>
F. Finalização	F.1. Agradecer a colaboração prestada.	<p>F.1.1 Pretende acrescentar mais algum aspeto acerca do tema?</p> <p>F.1.2. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.</p>

ANEXO II: Autorização Institucional para a Realização do Estudo



04/01/2013 - Ao CA para procedimentos

Enf.ª Directora

Conselho de Administração

Acta n.º 52 do 17/12/2012

A Enfa. Directora para procedimentos
A Comissão Ética para a Bioética do S.C.H.

Presidente CA	Adm. Executivo	Adm. Executivo	Adm. Executivo	Dir. Clínica	Enf.ª Directora
Dr. José Mário Dias	Dr. Ivo Sá Machado	Dr. Luís A. Costa	Enf.ª Victor A. Encarnação	Dr. Helena Rodrigues	Enf.ª Deolinda Vale

Exmo. Sr. Presidente

Conselho de Administração

Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.

Largo Domingos Moreira

4780 - 371 Santo Tirso

Data: 06/12/2012

Assunto: Trabalho de Investigação: A Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - Continuação do estudo no âmbito da Carta de Parceria

Com os nossos melhores cumprimentos, serve o presente para vir junto de V. Exas comunicar o planeamento da segunda fase do projeto de investigação e da colheita de dados que será feita em simultâneo.

De acordo com o planeado, iniciaremos em Janeiro de 2013 a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem. O processo de implementação seguirá o acordado com a Sr.ª Enfermeira Directora Deolinda Vale.

A implementação do modelo de supervisão clínica será uma mais valia para o CHMA, uma vez que a Supervisão Clínica é um requisito obrigatório para o processo de acreditação em curso. De acordo com a norma 3 das considerações do manual do CHKS que está a ser utilizado pelo CHMA para o processo de acreditação, que se refere à administração clínica, requer que sejam considerados "os seguintes elementos: definições dos papéis e das responsabilidades do pessoal-chave envolvido na supervisão e acompanhamento da administração clínica, identificação das qualificações e dos conhecimentos necessários, identificação das necessidades de formação e, especificamente, como estas serão satisfeitas, identificação dos recursos para a implementação da estratégia de administração clínica, calendário de implementação e mecanismo de revisão".

Neste sentido, o projeto de investigação em curso será estruturante para o processo de acreditação bem como para a implementação do MDP (Modelo de Desenvolvimento Profissional) da Ordem dos Enfermeiros, uma vez que dotará os profissionais com competências que lhes serão exigidas.

Para o processo de implementação será realizada uma formação prévia, com a duração de 7 horas por profissional, focalizada nos seguintes temas:

- Supervisão Clínica em Enfermagem;
- Risco de queda;
- Autocuidado;
- Inteligência emocional;
- Competências parentais na amamentação e cuidados ao filho;

De acordo com a carta de parceria, os recursos humanos para a formação serão disponibilizados pelos investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto em

ANEXO III: Documento com Informação da Explicação do Estudo

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai cooperar neste estudo, deve ler todo o documento atentamente e sentir-se à vontade para colocar todas as questões que julgar necessárias.

Integrado no Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, eu, Erica Sofia Pereira Monteiro, Enfermeira no Internamento Médico da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no Porto, propus-me realizar um estudo qualitativo cuja finalidade é perceber qual o impacto da implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem que vise a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados.

Este estudo tem como objetivos:

- i) Avaliar a satisfação do enfermeiro responsável pela gestão da unidade de saúde e enfermeiros responsáveis pelas unidades de cuidados com implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem;
- ii) Identificar os fatores facilitadores e inibidores envolvidos na implementação do Modelo de Supervisão Clínica;
- iii) Identificar os contributos da implementação do MSCEC na segurança e qualidade dos cuidados.

Venho por este meio solicitar a sua participação crucial, mas absolutamente voluntária neste estudo, havendo a possibilidade de desistência em qualquer fase do processo de investigação, sem que daí advenha qualquer constrangimento ou consequência para si.

Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas questões. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido. A gravação será transcrita, podendo se assim o desejar ser-lhe disponibilizada, ou então, inutilizada pela investigadora após conclusão do estudo.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a sua realização poderá melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem no futuro.

Todos os dados referentes a este estudo serão conservados sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

Este estudo tem a orientação da Professora Doutora Cristina Maria Correia Barroso Pinto e coorientação da Professora Mestre e Doutoranda Maria de Fátima Segadães Moreira, docentes na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Agradeço antecipadamente o seu interesse e disponibilidade em participar.

Erica Monteiro

ANEXO IV: Documento de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo: **“Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: impacto na organização”**.

Eu, abaixo-assinado _____, declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar as questões que considere necessárias e esclarecidas as minhas dúvidas.

Da informação e explicação que me foram prestadas constaram a finalidade, os métodos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Por isso, aceito participar voluntariamente no estudo acima mencionado, respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista e autorizo a utilização do instrumento de recolha de dados – entrevista – construída pela autora do estudo no âmbito da sua dissertação de Mestrado que será gravada em áudio, sendo a mesma utilizada apenas pela autora para o estudo em curso e não divulgada noutros contextos.

Porto, ____ de _____ de 2013

Assinatura do participante:

Pretendo que o conteúdo das gravações transcritas:

- ☐ Me seja disponibilizado;
- ☐ Seja inutilizado pela Investigadora após término do trabalho.

Assinatura do investigador responsável:

(Erica Monteiro)